FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882 — N° 12

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 janvier 1882, à 1 heure.

PAR PAUL GODEFROY

Né à Versailles (Seine-et-Oise), le 2 février 1857.
Ancien interne à l'hôpital civil de Versailles.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES DES OS

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. VULPIAN, *professeur,*
CH. RICHET, RENDU, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen................ M. BÉCLARD.

Professeurs.......... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	X.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA BONNE MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES

MM. LES DOCTEURS OZANNE, LEROUX, VELTEN

CHIRURGIENS

MM. LES DOCTEURS RÉMILLY, MAURICE, PARIS

MÉDECINS

de l'hôpital civil de Versailles.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR PETER

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

M. LE DOCTEUR GUYON

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Necker.

M. LE DOCTEUR GOSSELIN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux,
Professeur-directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR BERGER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A L'HOPITAL CIVIL DE VERSAILLES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DES OS

AVANT-PROPOS.

En abordant l'étude des kystes des os, nous n'avons pas la prétention de faire une œuvre originale, de présenter un travail absolument personnel ; nous voulons seulement contribuer, dans la mesure de nos moyens, à éclaircir quelques points encore très obscurs de cette affection des os.

Nous avons vu, il y a quelques mois, M. Berger opérer un kyste osseux de la face, à la Charité, dans le service de M. le professeur Gosselin, et lorsque nous avons voulu faire des recherches, nous faire une idée nette sur ce que nous avions observé dans la clinique, nous avons été tout étonné de ne pas trouver, dans les au-

teurs classiques, toute la clarté désirable, et d'y rencontrer, au contraire, une incertitude presque complète sur l'étiologie et la pathogénie en particulier. Nous avons alors fouillé plus avant, nous sommes remonté aux sources mêmes de la question, cherchant toutes les observations pour tâcher d'en tirer des conclusions fondées, des données précises, si cela est possible dans un sujet où toutes les hypothèses raisonnables ont beau jeu et peuvent s'émettre en toute liberté, vu la difficulté de prouver leur valeur d'une façon complète, d'une manière absolue.

C'est le résultat de ce travail que nous soumettons à nos juges, confiant dans leur bienveillance et persuadé qu'ils nous tiendront compte des efforts que nous avons faits pour rendre notre œuvre aussi claire et aussi complète que possible. Nous n'avons pas inventé les théories que nous émettons; nous nous sommes contenté d'indiquer les hypothèses faites par d'autres, de les discuter, d'en montrer les défauts et les qualités et de choisir celles qui nous paraissaient le plus rationnelles; en un mot, nous nous sommes efforcé d'aplanir les difficultés de la route pour nos successeurs, et de réunir tous les matériaux nécessaires pour ceux qui, plus autorisés que nous, voudront faire une description magistrale de l'affection qui nous occupe; puissions-nous avoir atteint ce but : c'est là notre seule ambition.

Nous commencerons notre étude par la définition des kystes en général et des kystes osseux en particulier, et nous verrons que cette définition n'a pas toujours été aussi nette, aussi précise qu'elle le paraît au premier abord.

Nous ferons ensuite l'historique de la question, historique que l'on peut diviser en deux périodes : la première comprenant le temps où les auteurs, sans connaître encore les kystes osseux, en ont donné des descriptions mises sous d'autres titres, mais cependant assez explicites; la deuxième s'étendant jusqu'à ces derniers temps et partant de l'époque à laquelle les kystes osseux ont commencé à être connus sous leur vrai nom et décrits d'une façon complète.

Après l'historique, nous aborderons l'anatomie pathologique, les divisions des kystes osseux, puis la pathogénie qui est encore bien obscure, comme nous le verrons plus tard. Nous ne traiterons de l'étiologie qu'après ces questions principales, parce que, selon nous, il faut connaître à fond l'effet pour remonter ensuite à la cause et bien comprendre son mécanisme et son action.

Nous passerons ensuite à la symptomatologie et à la terminaison sur laquelle nous insisterons en développant cette idée déjà émise avant nous, que les abcès chroniques des os sont souvent des kystes osseux enflammés. Enfin, nous terminerons par le diagnostic et le traitement.

Nous avons réuni, à la suite de notre travail, toutes les observations que nous avons pu trouver sur le sujet, et qui sont à peu près toutes celles qui existent; nous les avons résumées pour pouvoir appuyer, par des faits cliniques, les théories que nous exposerons, et répondre d'avance au reproche qu'on aurait pu nous faire, d'émettre des hypothèses sans les appuyer sur des faits certains, indiscutables. Seulement nous ferons remarquer dès

maintenant que, parmi ces observations, il en est un certain nombre dont on peut, à la rigueur, discuter l'origine, malgré le choix que nous en avons fait; cela tient à ce que les auteurs, dans leurs descriptions, n'ont pas été aussi complets qu'on pourrait le désirer, ce qui permet d'interpréter les mêmes faits d'une manière différente. Nous avons cru, malgré cela, devoir donner ces observations incertaines, tout en ne nous en servant pas pour nos conclusions.

DÉFINITION.

« Il existe, dans le langage de la médecine comme dans celui de beaucoup d'autres branches des sciences naturelles, quelques dénominations tellement usitées, qu'il semble au premier abord que le sens en soit parfaitement arrêté, et qu'on ne puisse même s'en passer; mais vient-on à scruter la valeur du fait ou de l'idée qu'elles représentent, on demeure stupéfait de voir qu'elles n'ont en réalité aucune signification précise; bien plus, qu'elles sont parfois une source de confusion et d'erreurs. » C'est par ces lignes que M. Duchaussoy commence sa thèse de concours sur les kystes des mâchoires et rien n'est plus vrai que cette remarque quand on aborde la définition des kystes en général et des kystes osseux en particulier. Il faut pourtant bien savoir ce que

c'est pour pouvoir en parler; mais nous allons voir que les auteurs n'ont pas toujours été d'accord à ce propos.

Les kystes (κυστις, vessie) sont des cavités closes accidentelles ou des poches sans ouvertures (Cruveilhier) (1). Ce sont des poches de formation morbide, ouvertes ou closes dilatées (Gerdy) (2). Ce sont des poches membraneuses ou cavités closes de toutes parts et renfermant des substances très variées, mais distinctes des tumeurs enkystées (Vidal de Cassis) (3).

Pour les auteurs du Compendium, ce qui distingue les kystes, c'est qu'il y a entre les parois et leur contenu un rapport fonctionnel, la surface du kyste étant le siège d'un travail d'exhalation et d'absorption. Velpeau (4) distingue les cavités closes accidentelles et les kystes proprement dits, constitués par une poche membraneuse indépendante des tissus qui l'entourent. Pour Boyer, on ne peut appeler kystes que les tumeurs formées par une vésicule cellulaire dilatée. M. Duchaussoy entend par kystes les tumeurs dans lesquelles il existe une poche membraneuse pathologiquement développée, close de toutes parts, distincte des tissus ambiants, comme le veut Velpeau, capable de réagir sur les produits qu'elle contient, comme l'indiquent les auteurs du Compendium. Pour MM. Follin et Duplay (5), les kystes ou cystomes sont des tumeurs dues à la formation, dans nos tissus,

(1) Cruveilhier. Anat. path. t. III, p. 330.
(2) Gerdy. Chirurgie pratique, t. II, p. 344.
(3) Vidal (de Cassis). Pathologie externe, 1861.
(4) Velpeau. Annales, t. VII et VIII.
(5) Follin et Duplay. Path. ext., t. I, p. 185.

de sacs membraneux renfermant des matières variées, mais présentant entre la poche et le contenu un certain rapport de causalité, ce qui exclue de suite les tumeurs enkystées dans lesquelles le kyste n'est que la conséquence, l'accompagnement d'une tumeur primitive, sans constituer la tumeur par lui-même. C'est là la manière de voir de tous les auteurs modernes.

Mais, c'est à propos de la définition du kyste osseux que l'on a été longtemps à s'accorder. Avant Dupuytren, on confondait les kystes osseux avec les exostoses, les tumeurs fibreuses, le cancer des os. Dupuytren et même Nélaton comprennent encore, sous le nom de kystes, les collections liquides et les produits solides enkystés, comme les corps fibreux. Velpeau (1) appelle kystes osseux « les tumeurs représentées par une coque ostéiforme indépendante des os et du périoste ». Gerdy, dans sa troisième monographie, étudie spécialement, sous le titre d'exostoses : les exostoses creuses, les exostoses par corps fibreux, les kystes des os. A propos des exostoses creuses, il dit : « Sous le rapport anatomique, ce sont des tumeurs plus ou moins considérables, développées dans des cavités osseuses naturelles comme le sinus maxillaire, la cavité médullaire des os longs, ou dans les cavités morbides creusées autour par résorption, de manière qu'elles sont libres pour une partie de leur surface ou de leur circonférence, adhérentes à la cavité par le reste ; mais, qu'elles soient adhérentes ou libres, les parois osseuses ne peuvent être appelées un kyste

(1) Velpeau. Méd. op., 1839, t. III, p. 185.

osseux, comme le fait Dupuytren. Un kyste est une poche ou une vessie close qui, adhérente à nos tissus par une face, renferme d'ordinaire des produits morbides secrétés dans son sein et a une épaisseur de parois évidente, déterminable et non imaginaire. La portion non adhérente ou libre de la tumeur intra-osseuse peut être probablement recouverte d'un kyste séreux interposé à la cavité et à la tumeur, mais ce kyste ne saurait, pas plus que la cavité d'habitation de la tumeur, autoriser à donner à la tumeur qui est la maladie réelle, essentielle, le nom de kyste des os. » Plus loin, page 282, à propos des corps fibreux, Gerdy s'élève encore contre la confusion faite par Dupuytren et page 283, à propos des kystes des os, il dit : « Ce sont des poches ou vessies membraneuses développées dans leurs cavités ou leur tissu et dont elles constituent la maladie. » On trouve encore dans le Compendium (t. II, p. 325), que « les produits de ces kystes sont tantôt liquides, tantôt solides, tels que le tubercule à l'état cru, le cancer, etc. » ; il est vrai que les auteurs ajoutent qu'ils ne s'occuperont que des kystes à contenu liquide. M. Duchaussoy distingue les kystes et les cavités closes accidentelles, c'est-à-dire des écartements normaux ou pathologiques du tissu des os, de simples cavités creusées dans leur propre substance.

Pour nous, avec MM. Schwartz, Follin et Duplay et les auteurs modernes, nous entendons par kystes des os, des tumeurs constituées par une ou plusieurs poches contenant un liquide de nature et de consistance variables ou des hydatides, limitées par du tissu osseux, et nous ajouterons : développées dans ce tissu même, ce

qui exclue les kystes développés dans les sinus ou les cavités médullaires et n'arrivant à avoir des parois osseuses qoe lorsque, par suite de leur développement, ils sont arrivés à remplir complètement ces sinus ou ces cavités. Par cette définition, nous excluons également les tumeurs enkystées et les kystes qui, primitivement nés en dehors de l'os, y pénètrent consécutivement, comme les kystes alvéolo-dentaires de M. Forget, périostiques de M. Magitot.

HISTORIQUE.

En 1728, Fauchard (le chirurgien dentiste) décrit des exostoses des mâchoires dont certaines semblent être des kystes ; mais la première description un peu explicite des kystes osseux remonte à Runge, et il s'agit d'un kyste de la mâchoire inférieure. Haller donne cette description en 1750 dans son ouvrage intitulé : *disputationes chirurgicæ*, et Bordenave la rapporte également dans son Mémoire sur les exostoses de la mâchoire inférieure ; il cite lui-même un cas de ce qu'il appelle : des exostoses creuses. J.-L. Petit, dans son excellent traité des maladies des os, ne soupçonne pas que des kystes puissent se développer au sein du tissu osseux, mais laisse croire cependant, par quelques-unes de ses descriptions, qu'il en a réellement observé, sans s'en dou-

ter, et il les appelle aussi : exostoses creuses. Jourdain, dans le journal de médecine de Roux (1767) et dans son traité des maladies de la bouche de 1778, permet de croire qu'il a certainement traité des kystes de la mâchoire. Astley Cooper, dans son mémoire sur les exostoses, appelle exostoses cartilagineuses de véritables kystes osseux ; Hawkins fait la même confusion. En 1816, Delpech, dans sa Chirurgie clinique de Montpellier, parle d'un kyste osseux du maxillaire supérieur qui aurait été méconnu. Breschet (1), en 1826, semble décrire un kyste des os sous le nom d'anévrysme des os. J. Hunter (2) signale la présence de kystes dans les mâchoires en ces termes : « Parmi les tumeurs des os, il s'en trouve une espèce qui consiste dans l'accumulation d'une substance probablement formée de lymphe coagulable. Cette tumeur peut être rangée parmi les tumeurs enkystées. C'est surtout dans l'os maxillaire inférieur que j'ai rencontré ces tumeurs, dont les parois sont formées par une lame osseuse fort mince, qui se brise aisément. »

« Il est probable, dit M. Velpeau, que ces prétendues congestions lymphatiques, dont les parois étaient minces comme du parchemin, et que Brodie, comme Kirkland, place dans l'antre d'Hygmore, appartenaient aux kystes osseux. Callisen n'a-t-il pas commis la même erreur en parlant de ces tumeurs à compartiments sépa-

(1) Breschet. Répertoire d'anat., de phys. et de clinique chirurg., t. II, p. 253.

(2) J. Hunter. Leçons sur les principes de chirurg., p. 632, trad. de M. Richelot.

rés, qui, selon lui, exigent l'arrachement de plusieurs dents ? »

On voit que jusqu'ici, aucun auteur n'a fait l'histoire des kystes osseux; tous les ont plus ou moins confondus avec d'autres affections, et il faut arriver jusqu'à Dupuytren pour trouver le nom de kystes osseux et la description de ces kystes ; seulement, à partir de ce moment, leur histoire est entièrement faite, et l'on n'a pu depuis y ajouter beaucoup de détails; malheureusement, Dupuytren confond encore avec les kystes, les corps fibreux enkystés et d'autres productions morbides. M. A. Bérard, dans son article sur la pathologie des os, inséré dans le Répertoire général des sciences médicales ne dit rien des kystes séreux et ne parle que des kystes hydatiques. En 1839, M. Diday (1) résume et coordonne les travaux antérieurs sur les kystes des os de la face et établit l'opinion qu'il y a des poches pleines de liquide en dehors du sinus maxillaire, mais il semble admettre que les kystes ostéo-séreux de la face viennent à peu près tous d'un follicule dentaire. La même année, M. Velpeau, dans sa Médecine opératoire, reconnaît « qu'il y a des kystes des mâchoires indépendants des dents et à propos des kystes osseux en général, il comprend sous ce titre toutes les tumeurs représentées par une coque ostéiforme indépendante des os et du périoste, » ce qui sort complètement de l'idée que nous nous faisons des kystes osseux; ces kystes, dont parle M. Velpeau, sont pour nous des kystes à parois

(1) Diday. Thèse sur les maladies des os de la face, 1839.

ossifiées et non primitivement osseuses. En 1844, Nélaton présente à la Société de chirurgie un très bel exemple de kyste multiloculaire du fémur; il fait, dans les Eléments de pathologie chirurgicale, l'histoire complète des kystes osseux, en suivant les données de Dupuytren, et en confondant encore les kystes osseux avec les tumeurs enkystées.

En 1840, M. Forget (1) dans sa thèse inaugurale, et plus tard en 1855, dans un Mémoire à la Société de chirurgie (2), fait l'histoire des kystes des mâchoires, et distingue les kystes séreux des kystes alvéolo-dentaires.

Il établit aussi la division des kystes des mâchoires en kystes uniloculaires et kystes multiloculaires ou hydatiformes.

En 1846, Vidal (de Cassis) confond encore les kystes avec les tumeurs enkystées. Brodie fait connaître les abcès des os et, dans plusieurs observations, remarque que le contenu, au lieu d'être du pus, était de la sérosité sanguinolente. En 1847, M. Guibourt (3) présente un kyste osseux du maxillaire inférieur, et à ce propos il fait l'étude des kystes osseux; nous aurons, du reste, souvent occasion de le citer dans le courant de ce travail. Il admet que certains kystes des mâchoires peuvent être dus à « l'activité vitale que la nature déploie au centre des maxillaires, et aux changements de forme et de structure auxquels ces os sont sujets. »

(1) Forget. Recherches sur les kystes des os maxillaires et leur traitement. Thèse de Paris, 1840.

(2) Forget. Mémoires sur les kystes des mâchoires, à la Soc. de chirurgie, 1855.

(3) Guibout. Union médicale, 1847, p. 449.

En 1851, M. le professeur Gosselin traite un kyste osseux du frontal. En 1852, M. Michaux lit à l'Académie de médecine de Bruxelles un travail sur la résection du maxillaire et cite un cas de kyste osseux du maxillaire supérieur. En 1853, M. Chassaignac (1), à propos de ce qu'il nomme un kyste interstitiel du maxillaire supérieur, étudie les symptômes et le diagnostic des kystes des mâchoires. Gerdy, dans sa Chirurgie pratique, combat à outrance la confusion qu'a faite Dupuytren et s'efforce de définir exactement ce que c'est qu'un kyste. La *Gazette des hôpitaux* de 1855 contient une observation de M. le professeur Gosselin sur un kyste osseux du maxillaire inférieur. En 1857, M. Duchaussoy dans sa thèse d'agrégation sur les kystes des mâchoires définit le kyste et émet à peu près les mêmes idées que M. Forget. Lebert, dans son Traité d'anatomie pathologique (1861), essaie d'expliquer la pathogénie des kystes osseux.

Les auteurs du Compendium de chirurgie admettent encore la division en kystes à contenu liquide et kystes à contenu solide, mais avec quelque hésitation. Cependant, en 1865, Nélaton (2), dans une de ses cliniques, établit parfaitement le diagnostic différentiel. La même année, M. Ed. Cruveilhier (3), parlant des abcès douloureux des épiphyses, émet cette idée, que ces abcès sont peut-être bien souvent la terminaison de kystes osseux méconnus.

Dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie, à

(1) Chassaignac. Moniteur des hôpitaux, 1853, p. 1086.

(2) Journal des praticiens, 1865, p. 19.

(3) Ed. Cruveilhier. Abcès douloureux des épiphyses. Thèse de Paris, 1865.

l'article Os, M. Ed. Schwartz définit le kyste et divise les kystes osseux en parasitaires et non parasitaires et, à l'article Orbite, M. Le Dentu parle des kystes osseux des parois orbitaires. M. Magitot, dans son Essai sur la pathogénie des kystes et abcès des mâchoires, tente de démontrer que tous les kystes des maxillaires tiennent à une cause dentaire. M. Barbat (1) discute les diverses hypothèses émises sur la pathogénie de ces mêmes kystes. M. Reynaud (2) combat en partie les idées de M. Magitot ; il soutient l'existence des kystes non dentaires, et appelle l'attention sur l'ostéite hypertrophiante de voisinage déjà signalée par M. le professeur Gosselin.

En 1872, M. Mourlon (3), à propos d'une observation de kyste du maxillaire, suppose que le kyste multiloculaire est primitivement uniloculaire; nous verrons son hypothèse à propos de la pathogénie. Dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, à l'article Maxillaire, M. le professeur Guyon fait avec une clarté parfaite l'histoire des kystes des mâchoires, et admet l'existence de kystes osseux non dentaires.

M. le professeur Gosselin, dans sa Clinique chirurgicale à propos des kystes des mâchoires, reconnaît l'existence des kystes non dentaires et leur donne pour point de départ une irritation venue des dents, irritation qui produirait, à distance, soit une ostéite hypertrophiante,

(1) Barbat. Pathogénie de certains kystes des mâchoires. Thèse de Paris, 1872.

(2) Reynaud. Kystes du maxill. inf. Thèse de Paris, 1873.

(3) Mourlon. Bull. de la Soc. de chirurg., 1873, p. 552.

soit une ostéite hystogénique, ou les deux à la fois. Enfin M. Goureau (1) renouvelle cette idée émise par M. Ed. Cruveilhier, que l'abcès des os est la terminaison d'un kyste osseux.

Nous avons cru devoir faire à part l'historique des kystes osseux hydatiques, qui, pour nous, ne forment qu'un chapitre très secondaire de notre étude.

La première observation de kyste hydatique des os a été publiée par Cullérier dans le Journal de médecine de Corvisart (t. XII; p. 125) c'est un kyste hydatique du tibia. Mais, d'après Dezeimeris (2), Van Vy et Van der Haar paraissent être les premiers qui aient observé ce genre de maladie et l'aient décrite comme une affection spéciale; « mais, dit-il, l'ouvrage du premier n'est point à notre disposition, et Van der Haar s'est borné à quelques considérations générales de peu d'étendue, sans rapporter aucun fait particulier. Nous ne pouvons que mentionner un cas d'hydatides dans le tibia, dont la pièce pathologique se trouve dans le musée de Hunter, à Glascow, et un autre d'une grosse hydatide dans l'os iliaque d'un bœuf, lequel os se trouve dans le musée de Hunter à Londres, où il porte le numéro 521. »

Astley Cooper, Webster, Keat, Wickham, publient des cas de kystes hydatiques. Nous trouvons en 1836 une thèse de M. Rame, en 1838 une thèse de M. Escarraguel sur les kystes hydatiques, et des observations de Dupuytren. M. Dezeimeris, en 1838, fait l'histoire des kystes hydatiques des os et publie à peu près

(1) Goureau. Ostéite cavitaire. Thèse de Paris, 1880.

(2) Dezeimeris. Journal l'Expérience, 1838, t. I, p. 531.

toutes les observations parues jusqu'à cette époque. En 1855, Gerdy signale la coïncidence des kystes hydatiques avec des traumatismes, sans en tirer de conclusion. M. Davaine, dans son Traité des entozoaires, traite largement la question des kystes hydatiques des os, sans insister sur les causes occasionnelles.

M. Boncour (1), dans sa thèse inaugurale, essaie de démontrer que le traumatisme est pour beaucoup dans la production des hydatides en tel ou tel point ; il cherche aussi, dans la pathogémie, à s'expliquer par quelle voie l'embryon du tænia parvient dans les organes.

Ne pouvant citer ici tous les auteurs qui se sont occupés des kystes osseux d'une manière plus ou moins indirecte, nous renvoyons à notre index bibliographique pour plus amples renseignements; cela nous évitera une énumération fastidieuse et nous permettra de ne pas intercaler dans le texte des indications que l'on trouvera, de cette manière, toutes réunies ensemble à la fin de ce travail.

Avant de commencer l'étude de l'anatomie pathologique des kystes osseux, nous croyons utile d'établir de suite la grande division de ces kystes en kystes osseux simples ou non parasitaires, comme les nomme M. Schwartz, et kystes parasitaires ou hydatiques qui ne diffèrent des autres que par leur composition. Nous parlerons plus loin des divisions anciennes, nous montrerons leurs défauts et nous établirons, pour le groupe des kystes osseux non parasitaires la subdivision que l'anatomie même de ces kystes entraîne forcément avec elle.

(1) Boncour. Kystes hydatiques des membres. Thèse de Paris, 1878.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° KYSTES OSSEUX NON PARASITAIRES.

D'après la définition que nous avons donnée, on voit qu'il y a, dans les kystes osseux, trois parties à considérer : la coque osseuse, la membrane qui la tapisse, et les produits qui y sont contenus. Nous allons étudier successivement ces trois parties ; nous verrons ensuite sous quels aspects différents les kystes peuvent se présenter.

Coque osseuse. — Elle est formée par l'os lui-même ; c'est le tissu osseux qui, pressé par le kyste, s'est laissé distendre de telle façon que l'os malade peut perdre complètement sa forme primitive. On peut trouver cette coque osseuse complète, continue dans toute son étendue, mais en général, lorsque le kyste a acquis un certain développement, les parois osseuses amincies finissent par céder en certains endroits, et le kyste n'a plus alors, en ces points, qu'une paroi membraneuse ; il peut même se faire que le développement progressif de la tumeur amène la disparition complète de l'élément osseux, au moins sur l'une de ses faces.

Dupuytren dans ses *Leçons orales*, tome II, page 129, avance que, dans les kystes des os, le tissu osseux n'est ni gonflé, ni ramolli, et fait grand cas de cette circon-

stance pour le diagnostic ; cela est vrai dans la plupart des cas, mais, cependant, quelquefois le tissu osseux est tellement aminci qu'il n'en reste que des lames dans les parois membraneuses, lames qui ont presque le peu de consistance du cartilage, et dans d'autres cas, au contraire, le tissu osseux est hypertrophié, a acquis une dureté, une densité telle qu'il est comme éburné, comme dans le cas de MM. Gosselin et Letenneur (de Nantes). Quelquefois aussi, au lieu d'hyperostose, on trouve autour du kyste une zone d'ostéite raréfiante.

Membrane interne. — La membrane qui tapisse l'intérieur de la coque osseuse existe toujours, puisque c'est elle qui constitue le kyste même ; « elle sécrète et contient le liquide sécrété, » dit M. Forget ; « elle varie de caractères comme le liquide qu'elle sécrète. Elle est lisse, mince, polie, quand elle sécrète de la sérosité ; plus épaisse et tomenteuse, si le liquide est plus consistant, plus épais et mélangé de sang ; d'un gris rougeâtre et d'aspect muqueux quand elle sécrète du pus, comme dans les kystes des parties molles. » « Elle varie de consistance et d'épaisseur » dit Gerdy. « La membrane peut être séreuse ou végétante, » dit M. Schwartz. « Cette membrane n'est que la membrane médullaire dont la vitalité et la structure sont modifiées, » dit encore M. Forget, « et qui sécrète incessamment un liquide d'aspect et de nature différentes. » L'existence de cette membrane médullaire, niée par Bichat, décrite par MM. Béclard, Boyer, Blandin, Cruveilhier, a été défini-

tivement repoussée par MM. Regnauld (1) et Gosselin (2), pour qui les phénomènes de sécrétion accomplis à l'intérieur des aréoles du tissu spongieux se rattachent à l'existence d'une simple trame cellulo-fibreuse plus ou moins vascularisée, qui se fait aux dépens, soit du tissu conjonctif enveloppant le cordon vasculo-nerveux de la dent, soit aux dépens de celui qui en accompagne les éléments dans les petits canaux spéciaux de la mâchoire. Pour MM. Follin et Duplay, la membrane paraît due à la condensation de quelque exsudat plastique, et elle a l'aspect lisse des surfaces séreuses ; on pourrait cependant observer des végétations fibroïdes à sa surface interne.

Contenu. — Les produits de cette membrane sont liquides ou demi-solides, mais ne peuvent être solides, contrairement à ce qu'admettaient Dupuytren, Nélaton et même les auteurs du *Compendium.* On trouve ordinairement, dans ces kystes, de la sérosité claire ou trouble et sanguinolente, ou une matière glaireuse, filante ; quelquefois, c'est un liquide plus ou moins consistant, brun ou couleur chocolat ; du sang comme dans l'observation de Dupuytren ; un liquide analogue au méliceris (cas de M. Forget) ou ressemblant à du mucilage ; une substance épaisse et blanchâtre, comparable à du mastic de vitrier. On a même prétendu qu'on pouvait rencontrer du pus ; assurément il peut y avoir du pus

(1) Regnauld et Gosselin. Recherches sur la subst. médull. des os. Arch. gén. de méd., 1849.

(2) Gosselin. Clinique chirurg., 1879, t. III, p. 268.

dans ces kystes, mais seulement lorsque ceux-ci se sont enflammés pour une raison quelconque, et alors on a affaire à un kyste dégénéré en abcès. Nous ajouterons que la pièce présentée par M. Houel à la Société anatomique semble bien plutôt être un kyste alvéolo-dentaire ou périostique qu'un véritable kyste osseux ; il en est de même pour une observation de Bordenave, citée par M. Forget comme kyste osseux contenant du pus.

Parties environnantes. — Il faut remarquer que les parties qui avoisinent le kyste sont saines, sans aucune connexion avec lui. M. Forget a aussi insisté sur ce fait, pour le maxillaire inférieur, que le canal dentaire est repoussé sans être détruit par la tumeur, ce qui explique l'absence de douleurs qu'on observe généralement dans cette affection, au moins au début.

Siège. — Les kystes osseux siègent le plus souvent dans le tissu spongieux, comme l'a très bien remarqué M. Forget, mais peuvent aussi se rencontrer dans le tissu compacte, comme l'a dit Nélaton, qui a eu le tort de n'admettre que ce siège exclusif. On les rencontre aussi bien dans les os longs que dans les os plats, mais ils ont une préférence marquée pour les maxillaires, surtout le maxillaire inférieur ; on les trouve encore assez fréquemment dans le tibia ; il n'existe qu'un seul cas de kyste dans le fémur, et nous n'avons pu découvrir une seule observation relative à des kystes développés dans les vertèbres, ni dans l'humérus, quoique M. Schwartz en fasse mention dans l'article Os du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie.*

Dans les os plats, ils occupent le tissu spongieux situé entre les deux lames de tissu compacte, et dans les os longs ils envahissent le tissu spongieux des épiphyses, pour s'étendre souvent jusque dans le canal médullaire.

Volume. — Le volume de ces kystes est très variable ; il peut devenir énorme et atteindre la grosseur d'une tête d'adulte et même plus. La forme n'est pas plus constante que le volume.

Nous venons d'étudier l'anatomie du kyste osseux ; voyons maintenant sous quels aspects différents il peut se présenter. Il peut être tel que nous l'avons décrit, composé d'une coque osseuse, d'une poche membraneuse et d'un contenu ; mais il peut aussi être plus complexe, au lieu d'une loge en présenter deux, trois, quelquefois un nombre bien plus considérable, et dans ce cas, la membrane se continue dans toutes ces loges, les tapisse entièrement. Dans certains cas, ces loges ellesmêmes ne communiquent pas entre elles, sont isolées, et l'on a non seulement un kyste à plusieurs loges, mais des kystes multiples, indépendants les uns des autres, qui peuvent même renfermer des produits différents. Ces divers états entraînent naturellement une division des kystes basée sur leur plus ou moins de simplicité ; mais avant de donner cette division, nous allons jeter un regard sur les divisions anciennes.

Divisions anciennes. — Dupuytren, Nélaton et même les auteurs du *Compendium*, divisaient les kystes d'après leur contenu, ce qui est toujours une mauvaise méthode,

parce que ce contenu varie d'un kyste à l'autre et même d'une époque à l'autre quelquefois, pour le même kyste ; mais, de plus, ils ont eu le tort de comprendre parmi les kystes des tumeurs enkystées qui n'ont aucun rapport avec les kystes véritables, et c'est pour cela qu'ils avaient admis la division en kystes à contenu solide et kystes à contenu liquide. Notre définition même détruit cette division, et, si nous distinguons encore dans les kystes osseux les parasitaires et les non parasitaires, c'est parce que ces deux genres de kystes diffèrent l'un de l'autre par leur anatomie pathologique et leur pathogénie.

Quant aux kystes non parasitaires, nous avons vu que l'anatomie les dédouble forcément en uniloculaires et multiloculaires, subdivision déjà établie, du reste, par Dupuytren; mais nous ferons remarquer que l'on confond sous le nom générique de multiloculaires, et les kystes à plusieurs loges communiquant entre elles, et les kystes uniloculaires multiples qui, en réalité, arrivent souvent à se réunir pour former un seul kyste à plusieurs loges.

Disons quelques mots de ces kystes multiloculaires, car notre description se rapporte surtout aux kystes uniloculaires. Voici ce que dit M. Forget à ce propos : « Ces kystes sont constitués par une membrane fibreuse, transparente en quelques points, plus épaisse dans d'autres ; les plaques osseuses qui recouvrent ces kystes adhèrent à la surface externe par des prolongements fibreux ; on voit une infinité de petites cavernes cloisonnées par des parois ostéo-fibreuses, contenant de petits kystes à parois membraneuses. Une dissection attentive

permet de voir manifestement la membrane formant un de ces kystes se continuer d'une cellule dans une autre par un pertuis étranglé; de sorte que plusieurs kystes paraissent tapissés d'une membrane commune ; les kystes volumineux seuls sont isolés. » On voit que les kystes multiloculaires ne diffèrent des autres que par le nombre des loges qui les composent, et l'on peut ajouter qu'ils acquièrent un développement bien plus considérable, et qu'ils ont bien plus de tendance à envahir de proche en proche toutes les parties de l'os affecté. Une remarque curieuse à noter, c'est que dans le maxillaire inférieur, ils ne dépassent jamais la symphyse de l'os.

2° Kystes parasitaires ou hydatiques.

Nous n'entrerons pas dans beaucoup de détails sur l'anatomie pathologique des kystes osseux hydatiques, car elle ne diffère en rien de celle des kystes hydatiques ordinaires, et ce n'est pas ici le lieu pour en faire une longue histoire. C'est à l'excellent *Traité des entozoaires*, de M. Davaine, que nous empruntons quelques données indispensables.

Dans les os plats, les hydatides occupent généralement le diploé et, dans les os longs, la partie spongieuse; toutefois, on en a vu se développer dans la diaphyse et envahir toute l'étendue de la cavité médullaire. Les vésicules occupent quelquefois des loges distinctes dans le tissu spongieux; plus souvent elles sont renfermées, en

nombre plus ou moins grand, dans une poche unique. Cette poche a un développement très lent et peut acquérir le volume du poing. A l'intérieur elle est lisse, au moins dans les premiers temps, et consiste dans une membrane mince, distincte du tissu osseux environnant; on y remarque des impressions digitales laissées par les hydatides, impressions analogues à celles de la face interne du crâne.

Les kystes hydatiques subissent des modifications de forme en rapport avec les obstacles qui s'opposent à leur accroissement, comme les autres kystes osseux, et se comportent dans leur développement absolument comme ces derniers. Ils peuvent siéger dans tous les os, mais cependant M. Duchaussoy déclare n'en pas avoir trouvé d'exemple dans les maxillaires, et nous n'avons pas été plus heureux que lui dans nos recherches.

PATHOGENIE.

Nous arrivons maintenant au point le plus controversé, sans contredit, de toute l'histoire des kystes osseux; les auteurs n'ont pu encore s'entendre sur le mécanisme de cette affection, pas plus que sur son origine. Nous devons faire remarquer, avant tout, que la discussion ne roule que sur les kystes osseux des maxillaires, attendu que personne n'a encore étudié la pathogénie des kystes

dans les autres os ; c'est ce qui explique pourquoi nous allons à chaque instant, dans le résumé que nous faisons des opinions des auteurs, trouver cette question : est-ce une dent ou n'est-ce pas une dent qui est le point de départ de ces collections liquides? Question qui pourrait sembler étrange s'il s'agissait de la pathogénie des kystes osseux en général. Mais, nous le répétons, cette pathogénie n'a pas été faite, et nous sommes, croyons-nous, les premiers qui essayons d'appliquer à tous les kystes osseux une théorie donnée pour les kystes des maxillaires. Avant de donner cette théorie, voyons les idées émises par nos devanciers.

M. Diday, dans sa thèse sur les maladies des os de la face, remarque que : « la tumeur, bien qu'en dehors des sinus, puisqu'on la voit plus fréquemment à la mâchoire inférieure qu'à celle d'en haut, et dans la branche montante aussi bien que dans le corps de l'os, a cependant presque toujours quelque rapport avec l'état maladif des dents. » Adoptant cette idée, il semble admettre que les kystes ostéo-séreux de la face viennent à peu près tous d'un follicule dentaire, et qu'ils sont souvent le plus étrangers au sinus maxillaire.

Pour M. Forget, « il n'est pas douteux que les kystes multiloculaires ne soient constitués par les aréoles agrandies du tissu spongieux de l'os; à l'intérieur desquelles la membrane médullaire, dont la vitalité et la structure sont modifiées, sécrète incessamment un liquide d'aspect et de nature différents. » Il cite, à l'appui de cette théorie l'observation d'une jeune fille dont la tumeur était constituée par une vaste coque osseuse

interrompue çà et là par des espaces membraneux. « La surface interne du kyste était remarquable par un grand nombre de saillies linéaires qui, sous forme de petites arêtes, faisaient relief sur les plaques osseuses, affectant par leurs embranchements et leurs divisions successives la disposition aréolaire qui, à une époque où la tumeur était moins développée, devait exister de la manière la plus évidente ; ce qui le prouve, c'est que cette disposition aréolaire ou cellulaire se retrouve mieux dessinée et tout à fait complète aux extrémités de l'ovoïde, c'est-à-dire dans le point où l'écartement des deux tables de l'os s'est effectué sous un plus petit rayon. »

M. Duchaussoy pense comme M. Forget.

D'après Lebert, « l'origine la plus fréquente des kystes des os serait la condensation d'une aréole de tissu fibroïde qui revêt les canaux et finit par constituer un espace clos ; » ou bien ce serait « une disposition particulière à des kystes qui naîtraient de toutes pièces, par un mécanisme et uue cause inconnus. »

M. Schwartz dit que les kystes des maxillaires appartiennent le plus souvent à des cavités voisines, ou bien sont des kystes odontopathiques (kystes sous-périostiques de Magitot, kystes folliculaires de Broca). Les kystes des autres os sont des kystes autogènes d'origine inconnue.

Volkmann pense qu'un certain nombre de kystes osseux proviennent d'anciens sarcomes devenus kystiques, le tissu sarcomateux n'étant plus représenté que par la

très mince paroi qui forme l'enveloppe immédiate de la tumeur; on aurait affaire à un cysto-sarcome.

Lucke n'est pas loin de croire que les cavités du tissu osseux suffisent à expliquer la présence des kystes.

M. Broca (1) admet la possibilité du développement de kystes osseux proprement dits, mais fait une réserve pour les mâchoires: « Il n'y a pas de raison, dit-il, pour que le tissu spongieux des mâchoires soit à l'abri du développement des kystes osseux proprement dits, qui sont néogènes, mais l'existence de cette espèce de kystes dans les os maxillaires n'est pas encore démontrée. » Les kystes osseux sont pour lui des kystes néogènes autogènes, tandis que les kystes des maxillaires, qui sont presque toujours dentaires, sont des kystes progènes, c'est-à-dire formés dans une cavité préexistante. On a cherché à en faire des kystes progènes, et alors Frerichs leur a donné pour point de départ une cellule élémentaire, Rohitanski un noyau de cellule; mais ces théories elles-mêmes prouvent que le kyste osseux est néogène, de nouvelle formation, car on ne peut regarder comme cavité une cellule et encore moins un noyau de cellule. Broca rejette absolument l'hypothèse de la naissance de ces kystes aux dépens de tumeurs érectiles dégénérées; ce seraient alors des kystes progènes et non des kystes autogènes. De plus, cette hypothèse est contraire à toutes les probabilités; la transformation kystique n'est en effet, dans les tumeurs érectiles, qu'un accident très exceptionnel, de sorte

(1) Broca. Traité des tumeurs, 1869, p. 35 et 120.

que les kystes des os devraient être plus rares que les tumeurs érectiles ; or, bien que les kystes des os soient très rares, les tumeurs érectiles le sont encore plus, et sur mille de ces tumeurs, il n'y en a peut-être qu'une à subir la transformation kystique. Enfin, quand le kyste est unique, on ne peut recourir à l'hypothèse d'une tumeur érectile transformée ; car, pour qu'une tumeur érectile soit complètement transformée en kyste, il faut que ce kyste soit multiloculaire ; ou bien si le kyste est uniloculaire, on doit forcément trouver autour de ce kyste une zone de tissu érectile non transformé.

Pour M. le professeur Verneuil (1), comme pour Volkmann, il y a des kystes multiloculaires de l'os maxillaire qui ne sauraient venir ni du follicule dentaire, ni du périoste ; mais ce ne sont pas à proprement parler des kystes : bien qu'il y ait, dans une poche principale, des kystes en grand nombre, il y a des éléments fibro-plastiques, et la tumeur est un sarcome kystique.

M. Mourlon (2), cherchant à expliquer la production des kystes multiloculaires, suppose qu'un kyste unique peut envahir de proche en proche, s'insinuer, grâce à la pression du contenu, sous forme de hernies dans des aréoles voisines, de manière à constituer une sorte d'éponge ; il s'appuie sur ce que, dans un kyste, il a vu des prolongements de la poche en doigt de gants, et il suppose que l'ouverture de ces culs-de-sac, venant

(1) Bull. Soc. chirurg., 1872, p. 512.
(2) Bull. Soc. chirurg., 1873, p. 552.

à se fermer ou à se rétrécir, on a ainsi deux kystes ou un kyste à deux loges.

M. Reynaud, dans la thèse dont nous avons déjà parlé, semble revenir à l'opinion des médecins anglais, et croire à une dégénérescence kystique, à la maladie kystique (cystic disease), amenant avec elle l'idée de malignité, de marche rapide, de récidive, et il s'appuie sur les faits de Paget et de Syme. Il y aurait inflammation du tissu spongieux de l'os, qui présenterait les lésions d'une ostéite raréfiante avec tendance à l'enkystement des produits inflammatoires.

Nous allons rapporter ici le résumé d'une discussion à la Société de chirurgie (1), à propos de deux cas de kystes multiloculaires d'origine dentaire, à la mâchoire inférieure. M. Magitot, qui déjà, en 1869, avait nié l'existence, dans les mâchoires, de véritables kystes osseux indépendants du système dentaire, c'est-à-dire n'étant ni folliculaires ni périostiques, va maintenant jusqu'à nier l'existence des kystes osseux en général, dans n'importe quels os, attendu que les observations qu'on en a ne sont pas probantes, dit-il, et permettent de croire qu'il s'agissait de sarcome des os. Pour lui, les kystes multiloculaires viennent, soit d'un follicule unique, qui a produit dans son voisinage des cavités secondaires dont quelques-unes sont restées en communication avec lui, suivant l'hypothèse de M. Mourlon, tandis que d'autres devenaient distinctes par clôture de l'orifice de passage ; soit de plusieurs follicules voisins qui ont subi la transformation kystique.

(1) Bull. Soc. de chirurg., 1878, p. 419-437.

M. Forget, à son tour, nie le cloisonnement spontané d'un kyste dentaire et sa transformation en cavités multiples. Cette transformation ne pourrait avoir lieu que sous l'influence de l'inflammation de la poche kystique, ce qui amènerait certainement de la douleur, tandis que ces kystes sont justement remarquables par l'absence de douleurs. Il rappelle, du reste, ce qu'il a vu, le corps et la branche du maxillaire formant un ovoïde contenant plusieurs grosses poches remplies d'une matière visqueuse et rougeâtre, sans aucune dent. Pour lui, les tumeurs polykystiques proviennent d'un état pathologique qui émane de l'os et qui lui est propre, et la plus grande fréquence des kystes des mâchoires est la conséquence d'une disposition anatomique qui leur est propre, et d'un mouvement nutritif qu'aucune partie de l'appareil osseux ne possède à ce degré.

« La cause intime de la production de kystes osseux est inconnue, disent MM. Follin et Duplay ; toutefois, un certain nombre de cas permettent de supposer que l'irritation produite par les affections des dents exerce une certaine influence sur cette dégénérescence spéciale des maxillaires.

« Leur origine tient au développement anormal d'aréoles, le plus souvent dans le tissu spongieux, et formées de deux parois, l'une osseuse, l'autre membraneuse, qui paraît due à la condensation de quelque exudat plastique, et qui a l'aspect lisse des surfaces séreuses. »

M. le professeur Guyon, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, fait, avec sa clarté et sa précision ordinaires, l'histoire des kystes des mâchoires, et dit à propos des

kystes non dentaires : « Nous croyons que c'est dans une inflammation lente de l'os qu'il faut chercher l'explication de cette forme d'altération. Le tissu spongieux de la mâchoire inférieure paraît particulièrement exposé à cette forme d'ostéite qui détermine, par résorption progressive des lamelles osseuses, de véritables cavités kystiques. » Ces kystes osseux non dentaires seraient ordinairement multiloculaires, c'est-à-dire formant « une sorte d'agglomération de kystes, » et se rattacheraient probablement à quelque altération des dents irritant l'os à distance ; sous cette influence, les aréoles du tissu spongieux se transformeraient en autant de cavités kystiques. Les kystes osseux non dentaires, uniloculaires, seraient très rares et peut-être n'existeraient pas. Enfin, M. Guyon ne croit pas qu'on puisse regarder ces kystes comme des tumeurs sarcomateuses ayant subi une transformation kystique.

Dans les belles cliniques de M. le professeur Gosselin, nous en trouvons une qui a rapport aux kystes des mâchoires et dans laquelle notre savant maître admet l'existence de kystes non dentaires qui se forment dans la mâchoire, au voisinage et non pas aux dépens des racines des dents. « Il y a, dit-il, au voisinage d'une ou plusieurs racines plus ou moins altérées, une lésion particulière, variété d'ostéite se traduisant par la formation de la sérosité dans l'épaisseur de l'os, formation analogue à celle que j'ai décrite dans les os longs sous le nom de faux abcès ; ce serait un diminutif de l'ostéite purulente que les dents produisent si fréquemment dans ces mêmes os... L'irritation de l'os par les racines den-

taires peut produire l'ostéite séreuse et kystogénique, comme elle peut produire aussi l'ostéite hypertrophiante...... Cette coïncidence de l'hyperostose avec un kyste uni ou multiloculaire est plus fréquente à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure, probablement parce que le tissu compacte plus épais de la première se prête mieux à l'ostéite hypertrophiante que le tissu beaucoup plus mince de la seconde. » A la suite d'une observation de kyste uniloculaire de la mâchoire inférieure, nous trouvons encore ces lignes qui viennent à l'appui de la théorie : « Il y avait une légère hyperostose du maxillaire..., hyperostose qui tenait probablement aussi à l'irritation partie des dents voisines, de sorte que cette irritation aurait fait naître dans la mâchoire une ostéite interstitielle avec sécrétion séreuse sur un point, et une ostéite ou ostéo-périostite hypertrophiante sur un autre point. »

Maintenant que nous connaissons les opinions des auteurs, tâchons d'en tirer une conclusion, et, pour cela, classons-les d'abord.

Nous écartons tout de suite l'opinion de MM. Diday et Magitot, puisque ces deux auteurs n'admettent que l'existence des kystes dentaires, niant les véritables kystes osseux, et les rapportant comme les autres à l'inflammation d'un follicule ou du périoste alvéolaire. Nous avons vu que M. Forget a démontré que les kystes multiloculaires ne pouvaient être le résultat d'un cloisonnement de la poche kystique par suite d'inflammation, puisqu'il n'y avait pas de douleurs ; ajoutons encore que dans le cas d'inflammation ces kystes devraient

contenir du pus et non de la sérosité; ils sont constitués, pour lui et M. Duchaussoy, par les aréoles agrandies du tissu spongieux, avec la membrane médullaire comme membrane interne.

Pour MM. Vollkmann et Verneuil, ces kystes ne seraient que des ostéo-sarcomes devenus kystiques; mais on ne peut allier cette théorie avec la marche lente de l'affection. Pour Lucke, ce sont des cavités osseuses distendues.

M. Broca réduit à néant l'hypothèse de la naissance de ces kystes aux dépens de tumeurs érectiles dégénérées.

M. Reynaud commence à prononcer le mot d'ostéite raréfiante avec enkystement des produits.

MM. Follin et Duplay parlent d'un développement anormal d'aréoles, avec une membrane interne due à la condensation de quelque exsudat plastique.

M. le professeur Guyon admet la résorption lente des lamelles osseuses sous l'influence d'une inflammation également lente de l'os.

Enfin, M. le professeur Gosselin donne un nom à cette inflammation lente ; il l'appelle ostéite kystogénique; l'irritation à distance peut produire soit cette ostéite, soit l'ostéite purulente, soit l'ostéite raréfiante, soit l'ostéite hypertrophiante.

Si l'on veut bien comparer ces théories entre elles, on voit qu'en écartant celles qui ont été réfutées, la théorie des cysto-sarcomes, la théorie des tumeurs érectiles, la théorie de M. Magitot, laquelle, si elle était vraie, ne pourrait s'appliquer aux kystes des os autres que les

maxillaires, en écartant ces théories, disons-nous, on voit qu'il n'en reste plus guère qu'une, car MM. Forget et Duchaussoy, Lucke, Reynaud, Follin et Duplay préparent la voie à MM. les professeurs Guyon et Gosselin en déclarant que les kystes sont formés par les aréoles agrandies du tissu spongieux. Pour la membrane interne seulement, M. Forget a une idée particulière ; mais comme il est bien prouvé que la membrane médullaire dont il parle n'existe pas, cette divergence d'opinion disparaît d'elle-même, et nous voyons alors les auteurs se succéder et ajouter chacun un petit point à l'expérience de leurs prédécesseurs, jusqu'à M. le professeur Guyon, qui reconnaît une inflammation lente, une ostéite chronique comme point de départ des kystes osseux; jusqu'à M. le professeur Gosselin, qui donne un nom à cette ostéite, et l'appelle ostéite kystogénique.

Cette théorie de l'ostéite kystogénique nous semble avoir pour elle de bonnes raisons, tandis que nous ne trouvons pas beaucoup d'objections à lui faire. C'est une ostéite chronique, et par conséquent elle a une marche très lente, ne produit que des douleurs sourdes et peut même n'en pas produire du tout; elle suit donc, comme nous le constaterons plus tard en étudiant les symptômes des kystes osseux, absolument la même marche que ces derniers. Elle se produit tout près de sa cause, du point irrité, tandis que, un peu plus loin, on trouve dans certains cas une ostéite hypertrophiante ; elle semble donc tenir le milieu entre cette dernière et l'ostéite raréfiante, et cette coexistence avec l'ostéite hypertrophiante semble bien prouver qu'elle est elle-même un genre d'ostéite.

Cette théorie a encore l'avantage d'expliquer les kystes des os autres que les maxillaires ; car nous croyons que, si l'irritation dentaire peut produire une ostéite kystogénique, de même aussi un traumatisme quelconque, mais en particulier un traumatisme peu violent et par conséquent peu remarqué, peut produire cette même ostéite chronique, sans présenter une première phase d'ostéite ou d'ostéo-périostite aiguë.

Le seul reproche sérieux qu'on puisse faire, c'est que le mécanisme de cette ostéite kystogénique n'est pas encore expliqué : à cela nous répondrons que le mécanisme de la résorption de l'os dans l'ostéite raréfiante n'est pas plus connue ; et cependant, depuis les travaux de Gerdy, cette ostéite est acceptée par tout le monde et bien prouvée en clinique ; pourquoi être plus exigeant pour l'ostéite kystogénique ? Du reste, si nous ne pouvons pas prouver d'une manière absolue que l'ostéite kystogénique existe, on ne peut pas non plus nous prouver qu'elle n'existe pas ; et, en tout cas, c'est la théorie qui semble le plus rationnelle, qui se rapproche le plus de la vraisemblance, qui explique le mieux la formation des kystes dans les os, quels qu'ils soient.

Disons maintenant quelques mots de la pathogénie des kystes hydatiques. Comment l'embryon du tænia echinococcus parvient-il dans les organes ? Voici comment s'exprime M. Davaine à ce sujet : « L'embryon s'accroche à la membrane muqueuse de l'intestin ; à l'aide de ses crochets, il se fraye un passage vers les organes parenchymateux. » Plus loin, page 388 : « L'embryon quitte l'intestin en le perforant, et gagne les parties voisines,

soit directement, soit par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins, lesquels se rendent dans le foie ou dans les poumons. Pour M. Davaine, c'est donc par le tissu cellulaire entourant les vaisseaux ou par le sang lui-même que se fait cette migration.

Certains auteurs admettent uniquement cette hypothèse, que l'embryon traverse les parois des vaisseaux et est entraîné par le torrent circulatoire. Pour nous, sans nous permettre de trancher la question au point de vue général, nous croyons que, dans le cas particulier des kystes des os, la migration doit se faire par le sang même, qui, au moyen des vaisseaux, porte l'embryon du tænia jusque dans le tissu osseux.

ETIOLOGIE.

1° Kystes non parasitaires.

Après la pathogénie, l'étiologie est le point le plus obscur de l'histoire des kystes osseux, et la plupart des auteurs sont muets ou avouent leur ignorance sur cette question. Nous ne prétendons pas en savoir plus qu'eux, mais cependant nous allons tâcher de réhabiliter une cause qu'ils ont rejetée bien loin, nous ne savons pourquoi, et qui paraît pourtant bien, dans quelques obser-

vations, être le point de départ véritable des kystes osseux, surtout des kystes multiloculaires; nous voulons parler du traumatisme.

Nous savons bien qu'on va nous faire tout de suite cette objection que les malades ont toujours tendance à rapporter à des coups les tumeurs qu'ils peuvent avoir, de quelque nature qu'elles soient; cela est vrai, mais nous ferons remarquer que dans certaines de nos observations, des traumatismes plus ou moins violents ont été bien constatés, et qn'on ne peut les considérer comme des histoires de malades désireux de s'expliquer à eux-mêmes l'origine de leur affection.

Quelle est l'opinion des auteurs sur l'étiologie des kystes osseux?

Delpech, en 1816, avait remarqué que les kystes des maxillaires se développaient surtout à la suite d'un traumatisme, de l'avulsion incomplète d'une dent.

« Rien n'est plus obscur que les causes de cette affection, dit Nélaton ; on l'attribue tantôt à des contusions, tantôt à l'arrachement d'une dent ou toute autre violence exercée sur un os ; mais l'influence de ces eauses est extrêmement douteuse. Le développement presque exclusif des kystes osseux dans l'une ou l'autre mâchoire indique que l'évolution dentaire n'est pas étrangère à la production de cette maladie. »

M. Guibout attribue la production des kystes non dentaires des maxillaires à l'activité vitale que la nature déploie au centre de ces os, et aux changements de forme et de structure auxquels ils sont sujets ; il ne veut accorder aucune influence au traumatisme. « J.-L. Petit,

dit-il, semble attacher une grande importance aux violences extérieures considérées comme causes de ce qu'il appelle les exostoses molles, mais l'influence de ces causes externes est au moins douteuse si l'on considère les circonstances qui ont précédé le développement des kystes, et l'anatomie pathologique des kystes eux-mêmes et des tissus circonvoisins. En effet, les malades ne signalent aucun coup ; la tumeur s'est développée spontanément, sans douleur ; ses progrès ont été lents et continus, sans aucun caractère d'inflammation traumatique. Les kystes ne portent l'empreinte d'aucune lésion antérieure à leur formation ; si les tissus qui les entourent sont modifiés dans leur nature, ces modifications dépendent de l'action du kyste sur eux. » Ce que dit M. Guibout ne doit pas être accepté comme une règle générale ; car, s'il est vrai que dans les kystes des maxillaires d'origine dentaire, il n'y a pas eu de traumatisme antérieur, il est vrai aussi que dans les kystes pour lesquels on ne trouve pas cette origine dentaire directe, il y a presque toujours eu un coup, une violence extérieure, ou bien une irritation dentaire à distance, suivant la théorie de M. le professeur Gosselin.

M. Magitot soutient que tous les kystes qui se développent dans les maxillaires ont pour point de départ le système dentaire : « Les kystes spontanés des mâchoires ont constamment pour point de départ le système dentaire, » dit-il. « Cette proposition ne peut être admise sans restriction, dit M. Reynaud, car : 1° il est incontestable que les kystes peuvent se développer dans tous les os du squelette, et pour de pareils kystes, on ne peut

adopter la théorie de M. Magitot; 2° il existe entre les symptômes, la marche et la disposition de ces kystes les plus grandes analogies avec la marche, les symptômes et la disposition anatomique de certains kystes des mâchoires; 3° l'âge avancé des malades, chez lesquels certaines tumeurs kystiques du maxillaire inférieur ont été observées, permet difficilement de croire à leur origine folliculaire..... Ces kystes ont souvent pour origine un traumatisme, une fracture même; il y a une observation de ce genre dans l'*Académie royale de chirurgie ;* j'ai observé, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un fracture du fémur ayant donné lieu à un kyste. Haber (Heidelberg, 1830), cite un kyste du bassin qui mit obstacle à l'accouchement. »

M. le professeur Guyon rapporte les kystes non dentaires des maxillaires à une irritation dentaire agissant à distance, irritation qui causerait une ostéite kystogénique. Or, si nous ouvrons, à l'article *Plaies contuses des os*, nos traités classiques de pathologie externe, nous trouvons : « Les accidents de la contusion des os ne s'observent que dans les points pourvus de tissu aréolaire, car lorsque des corps contondants agissent énergiquement sur le tissu compacte, ils le fracturent..... Les contusions du tissu osseux donnent souvent lieu à des exostoses, soit par des sécrétions périostales, soit par une hypergenèse des éléments propres de l'os. » (Follin et Duplay.) Les traumatismes peuvent donc causer des exostoses, des ostéo-périostites, des ostéites raréfiantes ou hypertrophiantes; pouquoi ne pas les rapprocher de l'irritation dentaire et ne pas admettre qu'ils peuvent

aussi déterminer, dans les autres os, ce que cette irritation détermine dans les mâchoires, l'ostéite chronique de M. Guyon, l'ostéite kystogénique de M. Gosselin?

Pour nous, c'est ce que nous croyons, et, si l'on peut discuter presque éternellement sur les kystes des mâchoires, sans pouvoir se mettre d'accord, il est au moins permis, puisque l'origine dentaire soutenue par M. Magitot ne peut être admise pour les kystes des autres os, il est permis, disons-nous, de rapporter à un traumatisme plusieurs fois bien constaté, une affection pour laquelle on ne peut trouver d'autre cause déterminante. Nous aurions voulu appuyer notre dire sur de nombreuses observations; malheureusement, parmi celles que nous avons pu recueillir, il n'y en a que quelques-unes où la cause de l'affection ait été bien constatée; dans la plupart, soit par oubli, soit par manque de confiance dans les récits des malades, on ne parle même pas de ce point important; dans quelques autres, on remarque que la cause est inconnue.

Nous ne pouvons que regretter cette lacune dans les observations; mais, au moins, nous pouvons faire remarquer que si les observations ne viennent pas à l'appui de notre hypothèse, elles ne la contredisent pas non plus, puisque dans la plupart on ne fait pas mention de l'étiologie.

Fréquence, âge, sexe. — Les kystes osseux sont rares, car parmi les kystes des maxillaires qui seuls sont fréquents, il y en a beaucoup qui sont ou folliculaires ou périostiques.

Ils peuvent apparaître à tout âge ; ainsi, parmi nos observations, en prenant les dates du début de la maladie, nous en trouvons 4 au-dessous de 20 ans, 7 entre 20 et 30 ans, 5 au-dessus de 30 ans, pour les kystes uniloculaires. Pour les kystes multiloculaires, ils semblent plus fréquents au-dessus de 30 ans ; nous en avons 3 au-dessous de 20 ans ; 2 entre 20 et 30 ans ; 7 au-dessus de 30 ans.

Le sexe ne semble pas avoir d'influence sur leur production ; ils sont peut-être un peu plus fréquents chez les hommes.

2° Kystes hydatiques.

L'étiologie des kystes hydatiques osseux est celle de tous les kystes hydatiques ; mais, ici encore, nous allons tâcher de montrer que le traumatisme a quelque influence sur leur production ; nous avons, du reste, déjà trouvé cette idée émise en 1878, dans la thèse de M. Boncour sur les kystes hydatiques des membres, et nous allons citer quelques passages de ce travail. Nous devons dire aussi que Gerdy semble avoir soupçonné la possibilité d'une influence traumatique sur la production des kystes hydatiques, quand il a dit : « L'étiologie des kystes hydatiques osseux est peu connue, quoique l'on trouve des faits analogues qui semblent prêter une certaine autorité par leur coïncidence, par leur nature traumatique et leur analogie. »

Il est certain que pour qu'il y ait hydatides, il faut

qu'il y ait eu ingestion d'œufs de tænia ; mais comment se fait-il, que, dans un grand nombre de cas, l'apparition d'un kyste hydatique ait lieu justement après un traumatisme ? « Tout traumatisme suivant son degré de violence, dit M. Boncour, peut produire : soit un épanchement sanguin, soit la fracture d'un os, soit un léger mouvement fluxionnaire. Dans le cas d'épanchement sanguin, les embryons du tænia, entraînés par le torrent circulatoire, peuvent parfaitement, en même temps que les globules sanguins, sortir du vaisseau qui les contient et s'épancher au niveau du point contus, et l'épanchement sanguin, qui au moment de la contusion ne forme qu'une bosse sanguine, est remplacé plus tard par un kyste hydatique. Dans le cas de fracture, le mécanisme peut être le même, car il n'y a pas de fracture sans épanchement sanguin. Dans le cas de mouvement fluxionnaire, il y a afflux plus considérable de sang ; la circulation sanguine devient plus active à ce niveau, et alors il est bien certain que nous avons plus de chance de voir l'embryon du tænia s'arrêter à ce niveau. » Nous trouvons cette hypothèse très plausible, tout en reconnaissant que le kyste ne se forme pas forcément là où il y a eu une contusion. Plus heureux que pour les kystes non parasitaires, nous pouvons dire que parmi nos observations de kystes hydatiques, sur 18 il y en a 9 où l'on signale un traumatisme et que, dans les 9 autres, on ne parle point de la cause occasionnelle de la maladie, ce qui permet de ne pas les opposer au neuf premières.

Ces kystes sont assez rares, apparaissent à tout âge et dans les deux sexes.

SYMPTOMATOLOGIE.

Elle est la même pour tous les kystes osseux, qu'ils soient hydatiques ou non.

Il y a des symptômes communs et des symptômes particuliers à chaque kyste, d'après l'os qu'il occupe ; nous ne nous appesantirons pas sur ce dernier groupe de symptômes qui n'ont d'importance qu'au point de vue clinique, mais qui n'appartiennent même pas en propre aux kystes osseux, puisque toute autre tumeur des os peut les provoquer.

On comprend facilement qu'un kyste de l'orbite produira de l'exophthalmie, du larmoiement, peut-être la perte de la vue ou au moins des ulcérations de la cornée qui, n'étant plus recouverte par la paupière, n'est plus humectée par les larmes ; un kyste des parois du crâne pourra provoquer de la compression cérébrale et amener des vertiges, des tintements d'oreille, du coma même. Certains kystes volumineux des mâchoires ont gêné la mastication, la respiration, la phonation, la déglutition. Les kystes des os longs les rendent tellement fragiles qu'ils peuvent se fracturer même sans aucun effort, et

elors, surtout dans le cas de kystes hydatiques, on rencontre des fractures qui restent des mois sans se consolider, et qui obligent à en venir à une résecti on des deux fragments.

Mais ce ne sont pas là les symptômes qui permettent de reconnaître les kystes osseux; passons donc à l'étude des symptômes et des signes qui nous serviront plus ard au diagnostic.

Les kystes osseux se présentent sous l'aspect d'une tumeur ordinairement indolente, plus ou moins volumineuse, sans changement de couleur et sans chaleur de la peau, complètement indépendante des téguments, mais paraissant faire partie intégrante de l'os; tumeur régulière ou présentant des bosselures, selon qu'elle est formée par un ou plusieurs kystes, dure comme l'os lui-même et ressemblant à une exostose, lorsqu'elle n'est pas encore très développée, offrant plus tard des points faibles, dépressibles, qui donnent, lorsqu'on les presse avec le doigt, un bruit particulier déjà signalé par Runge, bruit qui a été nommé à tort crépitation, et auquel on donne maintenant le nom de bruit de parchemin. Ce bruit est dû aux lames osseuses qui forment les parois du kyste, et qui, très amincies se laissent déprimer facilement, mais reviennent sur elles-mêmes sitôt qu'on cesse de les comprimer. Remarquons tout de suite que ce bruit n'est pas constant parce que les lames osseuses peuvent être trop épaisses, ou au contraire, manquer complètement; de plus lorsqu'il existe et qu'on l'a produit plusieurs fois de suite, il faut souvent attendre jusqu'au lendemain et même plus, pour

pouvoir le reproduire; c'est que les lames osseuses ne reviennent pas de suite sur elles-mêmes.

Quand la tumeur a pris un développement encore plus considérable, on ne trouve plus qu'une tumeur dure encore en certains points, mais présentant, là où l'on trouvait le bruit de parchemin, une fluctuation évidente, si l'os n'est pas trop recouvert de parties molles; cela tient à ce que les lames osseuses des parois ont disparu en partie, soit par une résorption lente, soit par une destruction insensible, de sorte que le kyste osseux est devenu en partie membraneux. Tout autour de ces points fluctuants on peut souvent distinguer, au palper, les bords de l'ouverture osseuse qui sont généralement assez réguliers.

Le bruit de parchemin et la fluctuation en certains points limités, sont les deux seuls signes du kyste osseux; et encore, le bruit de parchemin, que l'on a voulu donner comme signe pathognomonique, existe dans presque toutes les tumeurs enkystées des os, et n'a, par conséquent, qu'une importance de second ordre.

Le symptôme le plus important est l'absence de douleur, car il est presque toujours constant, et il faut que la tumeur soit très développée pour provoquer des souffrances, ce qui s'explique facilement, si l'on se rappelle que les nerfs sont intacts comme toutes les parties voisines du kyste, et que, même dans le maxillaire inférieur, le canal dentaire n'est détruit qu'à une période très avancée de l'affection.

C'est la ponction qui indique encore le plus certainement la présence d'un kyste et qui permet même, en

certains cas, par la nature du contenu, de distinguer le kyste des produits enkystés. Le microscope permet à son tour de distinguer les kystes hydatiques des kystes séreux, en faisant découvrir, dans le liquide ponctionné, des échinocoques ou des crochets.

MARCHE. — DURÉE. — COMPLICATIONS.

La marche des kystes osseux est très lente ; le développement se fait peu à peu, ordinairement d'une manière continue, quelquefois avec des temps d'arrêt plus ou moins longs, quelquefois aussi par des poussées subites qui peuvent alors éveiller quelques douleurs par la compression plus rapide qu'exerce la tumeur sur les parties environnantes. Nous devons signaler la tendance remarquable de ces kystes à venir faire saillie du côté de la peau et non vers les cavités intérieures.

D'après la marche de cette affection, on voit que la durée est variable, mais toujours assez longue, elle varie entre quelques mois et dix, quinze et vingt ans, mais la moyenne est de sept à huit ans. Il est bien entendu que cette moyenne marque l'époque, non pas à laquelle la tumeur a pris fin, mais à laquelle le malade, gêné par son kyste ou finissant par en souffrir, vient réclamer les secours du chirurgien.

Par complications nous entendons les fractures qui

peuvent se produire dans les os atteints de kystes, surtout dans les os longs, et les symptômes de voisinage dont nous avons déjà parlé, et qui peuvent arriver à être de véritables complications, lorsque la tumeur a pris un développement tel qu'elle gêne des fonctions importantes : la mastication, la phonation, la respiration, la déglutition, la circulation, la vue, la marche, etc,

Nous devons ajouter encore que l'on a vu des kystes hydatiques des os s'ouvrir dans des articulations et y provoquer une arthrite suppurée.

TERMINAISONS.

Nous croyons devoir faire un chapitre à part sur la terminaison, parce que, à notre avis, on n'a pas assez tenu compte de la relation qui peut exister entre certains abcès chroniques ou réputés tels et les kystes osseux enflammés.

Les kystes osseux abandonnés à eux-mêmes peuvent grossir pendant très longtemps sans s'ouvrir, mais il arrive presque toujours un moment où les parois osseuses ayant complètement disparu, au moins sur un point, le kyste, par son voisinage, donne naissance à un abcès des parties voisines ; cet abcès s'ouvre à l'extérieur, fait facilement communiquer le kyste avec l'air, et alors il s'établit des trajets fistuleux, une suppuration abondante

et fétide qui n'a aucune tendance à s'arrêter, et qui épuise le malade par sa longue durée.

Mais le kyste peut ne pas produire d'abcès voisin, il n'est pas même nécessaire qu'il ait acquis un grand volume, quand on voit tout à coup cette tumeur indolente devenir très douloureuse, avec rougeur et chaleur des téguments, quelquefois avec des élancements atroces, s'enflammer en un mot, à la suite d'un traumatisme ou d'une fatigue exagérée ; c'est ce qui arrive souvent pour les os longs des membres et en particulier des membres inférieurs. Le kyste enflammé forme alors un abcès qui souvent ne s'ouvre pas de lui-même, parce qu'il est très profond ou même parce qu'il est encore contenu tout entier dans sa coque osseuse ; et, si l'on vient à l'inciser, il en sort un liquide séro-purulent ou purulent ; on croit avoir affaire à un abcès chronique qui, en réalité, n'est qu'un kyste osseux enflammé.

Cette manière de voir n'est pas admise par tous les chirurgiens, mais nous avons pour nous l'opinion de Nélaton qui, dans une de ses cliniques, émit cette hypothèse que les abcès chroniques des os avaient peut-être des kystes osseux pour origine. Nous allons donner, à l'appui de notre assertion, quelques passages d'une thèse remarquable de M. Ed. Cruveilhier sur les abcès douloureux des épiphyses ; nous citerons encore la thèse de M. Goureau (1) sur l'ostéite cavitaire, thèse dans laquelle on trouve quelques détails sur l'origine des abcès douloureux épiphysaires.

(1) Goureau. Ostéite cavitaire. Thèse de Paris, 1880.

Pour M. Broca, l'origine de l'abcès douloureux est un abcès primitif médullaire, enkysté dans une ostéite condensante secondaire. Pour M. Després c'est un épanchement de sang enkysté et enflammé dans un canalicule de Havers.

Voyons, d'après M. Ed. Cruveilhier (1) quelle est l'anatomie de l'abcès douloureux épiphysaire. On rencontre, au voisinage de la ligne diaphyso-épiphysaire, une cavité purulente, ovoïde ou ovalaire, exactement circonscrite, tapissée par une véritable membrane organisée, pulpeuse, lisse et très sensible, qui constitue à l'abcès une enveloppe kystique. L'abcès est donc une cavité close, sans communication directe avec les espaces intertrabéculaires de l'os. Au pourtour de cette poche se trouve une zone mince de tissu osseux très vasculaire, zone entourée elle-même d'une ostéite condensante qui constitue, en grande partie, l'augmentation du volume de l'épiphyse ; la cavité ne s'ouvre presque jamais à l'extérieur, mais elle peut s'ouvrir dans l'articulation voisine (Richet, Soc. de chirurgie). Quant au contenu, il est représenté par du pus phlegmoneux ou séreux et mal lié. On voit que l'anatomie de l'abcès douloureux épiphysaire se rapproche de celle du kyste ; il ne pourrait y avoir de différence que dans le contenu ou dans la membrane interne. Or, M. Duplay, dans le journal l'*Ecole de Médecine*, de 1875, cite un fait observé par Nélaton, dans lequel on trouva le tibia creusé d'une cavité osseuse contenant un liquide séreux. « Je ne sais,

(1) Ed. Cruveilhier, Abcès douloureux épiphysaires. Thèse de Paris, 1865.

dit M. Ed. Cruveilhier, si je dois ranger ce que j'appelle abcès douloureux épiphysaire dans la classe des affections inflammatoires des os ou dans la classe des tumeurs à forme kystique... J'ai vu que la membrane limitante était loin, malgré son ancienneté, d'offrir les caractères de la membrane dite pyogénique; que dans un certain nombre de cas bien constatés, cette membrane était mince, peu adhérente aux os; lorsqu'enfin, étudiant, après les propriétés de la membrane, les qualités du liquide, je vis que dans un cas bien net dont j'ai été témoin, on n'avait rencontré aucune trace de pus, quand je retrouvai une des plus complètes observations de Brodie où, par deux fois, le liquide est qualifié de séro-purulent; quand je vis enfin que l'on trouvait dans la marche de l'affection, dans sa tendance à ne pas s'ouvrir au dehors, à demeurer indéfiniment stationnaire et comme indépendante des parties ambiantes, les caractères de l'évolution kystique, je me demandai s'il ne fallait pas admettre que ces abcès chroniques avaient pour origine un kyste séreux dont l'état purulent n'était que la seconde période... Dans un cas observé par M. Paget, à l'hôpital Barthélemy, aucun liquide ne s'écoula après la trépanation, mais quand on eut rompu une mince membrane avec une sonde, du pus se montra à l'extérieur. Il n'y a là place pour aucun doute. Cette observation montre bien la non-adhérence de la membrane, ce qui est un signe distinctif important avec la membrane pyogénique... Dans le cas de M. Nélaton, on ne trouva qu'un liquide séreux ou séro-sanguinolent; la membrane, d'un blanc jaunâtre, se présenta à l'ouverture; elle était mince et n'avait

nullement l'aspect de la membrane pyogénique... Chez la jeune fille opérée par Brodie en 1845, il sortit, sous l'action du trépan, un liquide séro-purulent mélangé avec du sang. » Pour M. Ed. Cruveilhier, la première période de l'abcès douloureux épiphysaire serait donc un kyste séreux ; c'est peut-être aller un peu loin que d'admettre un kyste osseux pour origine de tous ces abcès, mais cela doit être assez fréquent.

Quant aux kystes hydatiques, ils peuvent se terminer de plusieurs façons : ou bien les hydatides meurent, leur sac se resserre et se convertit en une petite masse fibreuse, fibro-cartilagineuse et quelquefois osseuse dans quelques-uns de ses points ; ou bien le kyste se développe, détruit sa coque osseuse, finit par arriver à l'extérieur, expulse ses hydatides et suppure, ou bien encore l'os se fracture au niveau du kyste, et comme les fragments tapissés par la poche hydatique n'ont aucune tendance à se réunir, le chirurgien soupçonne la présence d'hydatides, les évacue et est souvent obligé de reséquer ces fragments.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic différentiel est assez difficile à faire, parce que, comme nous l'avons vu, les signes des kystes osseux sont peu nombreux, et que de plus, il n'en est aucun qui soit véritablement pathognomonique.

Il s'agit de différencier les kystes des autres tumeurs des os, et ensuite de reconnaître la variété de ces kystes. Nous avons donc à faire ici le diagnostic différentiel entre les kystes osseux d'une part, et d'autre part les exostoses, les corps fibreux enkystés, les abcès, l'ostéite chronique, l'ostéosarcome, dans tous les os; l'hydropisie du sinus maxillaire, les odontomes et les kystes d'origine dentaire folliculaires ou périostiques, dans les maxillaires.

Rappelons les caractères du kyste osseux : c'est une tumeur indolente, dure, avec des points dépressibles donnant le bruit de parchemin, présentant quelquefois de la fluctuation, sans adhérence avec les parties voisines, sans changement de couleur à la peau, ayant une marche extrêmement lente. L'exostose est une tumeur dure et restant telle pendant toute la durée de son développement; pour la différencier du kyste osseux à sa première période, c'est-à-dire sans points dépressibles il faut enfoncer une aiguille rigide qui ne pénétrera pas dans l'exostose, ou un trocart fin qui laissera sortir quelques gouttes de liquide, si la tumeur est kystique.

Les corps fibreux sont bien limités; sans présenter la consistance de l'exostose, il est rare qu'ils soient entourés d'une assez grande quantité de liquide pour donner la sensatiou de fluctuation; ils présentent quelquefois le bruit de parchemin.

L'abcès a une marche rapide, produit des douleurs assez vives, est accompagné de phénomènes inflammatoires plus ou moins intenses mais toujours faciles à constater, avec rougeur et chaleur de la peau; l'abcès

chronique ne peut se reconnaître qu'à la ponction qui laisse écouler du pus. L'ostéite chronique des auteurs ressemble beaucoup aux kystes, tout en ne présentant pas de fluctuation; nous avons vu, du reste, que pour nous, le kyste osseux est une variété d'ostéite chronique, l'ostéite kystogénique de M. le professeur Gosselin.

L'ostéosarcome s'annonce, dès son début, par des douleurs lancinantes, par une tuméfaction variqueuse, par l'altération simultanée des parties molles ou dures environnantes, par leur dégénérescence fongoïde et par de nombreuses inégalités; il a une marche rapide; enfin, les ganglions voisins sont presque toujours engorgés. Dans les maxillaires, les dents sont ébranlées, il y a proéminence de la tumeur dans tous les sens, saillie de la voûte palatine, un peu d'exophthalmie, de la gêne de la respiration nasale.

L'hydropisie du sinus maxillaire, si elle existe, est difficile à distinguer; il y aurait, d'après M. Gosselin, saillie de la voûte palatine, exophthalmie, déjettement de la paroi externe de la fosse nasale et proéminence de la paroi antérieure; malheureusement, les kystes osseux de la paroi antérieure du sinus maxillaire, trouvant moins de résistance du côté du sinus, peuvent se porter en arrière à une profondeur considérable, remplir complètement le sinus et présenter alors tous les symptômes que nous venons d'énumérer. Nous ferons remarquer que nous ne parlons que des kystes interstitiels des parois du sinus, car pour nous, les kystes muqueux du sinus, si bien décrits par M. Giraldès, ne sont pas des kystes osseux proprement dits; ce sont des

kystes muqueux développés dans une cavité osseuse préexistante.

L'odontome, d'après M. Broca, fait une saillie plus grande sur la face postéro-interne du maxillaire, envahit et dilate le bord alvéolaire, et est en rapport avec la muqueuse gingivale; il manque presque toujours une dent, et les dents qui auraient dû prendre rang après elle, manquent aussi ; enfin, la tumeur n'atteint pas un grand développement. Les kystes dentaires, surtout les kystes folliculaires, se distinguent difficilement des kystes non dentaires; ils sont peut-être mieux limités, plus rapprochés du bord alvéolaire; on constate l'absence d'une dent, sauf si le follicule malade est surnuméraire; ils se montreraient plutôt dans l'enfance. Les kystes périostiques se développent à la suite d'une carie dentaire, au niveau d'une dent cariée; ils font souvent tomber la dent sous laquelle ils ont pris naissance et se vident naturellement dans la bouche. On voit que le diagnostic entre l'odontome, les kystes dentaires et les kystes non dentaires uniloculaires est au moins très difficile a priori mais cela n'a pas d'importance en clinique, puisque le même traitement leur est applicable.

Il s'agit maintenant de différencier les kystes osseux entre eux.

Les kystes uniloculaires sont limités, offrent une surface régulière.

Les kystes multiloculaires au contraire sont mal limités s'étendent bien plus, envahissent quelquefois l'os tout entier et présentent une masse de bosselures irrégulières.

Les kystes hydatiques ne peuvent être reconnus que par une ponction qui décèle, au moyen du microscope, la présence de crochets dans le liquide évacué; rappelons, en passant, que l'on n'a pas encore observé de kystes hydatiques dans les maxillaires.

PRONOSTIC

Le pronostic est toujours grave, non pas tant à cause du kyste lui-même, qu'à cause de ses conséquences immédiates ou des opérations qu'il nécessite au bout d'un certain temps. On comprend, du reste, que cette gravité elle-même dépend du siège du kyste, de son volume, de ses rapports, de l'état des parties voisines, de l'existence ou de l'absence de complications.

Les kystes multiloculaires sont les plus graves, à cause de leur développement quelquefois énorme et parce qu'ils conduisent à peu près forcément, soit à la résection soit même à l'amputation, par l'impossibilité où l'on se trouve de vider toutes les cellules; les fractures qu'ils déterminent souvent dans les os longs n'ont aucune tendance à se consolider.

Les kystes hydatiques sont peut-être encore plus graves. L'os aminci, fragile, se fracture sous le moindre effort musculaire, et alors on peut voir non seulement la fracture ne pas se consolider, mais encore la suppu-

ration se mettre dans le foyer et entraîner la mort du malade. Ce qui leur donne encore une gravité réelle, c'est l'inflammation phlegmoneuse du kyste pouvant survenir sous l'influence d'une contusion ou même de palpations trop souvent répétées. Cette inflammation peut gagner les parties voisines et donner naissance à un phlegmon diffus.

TRAITEMENT

La thérapeutique des kystes osseux doit nécessairement varier d'après leur siège, et nous n'avons pas l'intention de décrire un manuel opératoire pour chaque cas particulier, nous voulons seulement donner une idée générale des différents traitements que l'on peut appliquer à chacune des trois variétés de kystes osseux.

Kystes uniloculaires. Bordenave se contentait d'arracher une ou plusieurs dents, lorsqu'il rencontrait une exostose creuse du maxillaire.

Dupuytren, Nélaton, Velpeau, MM. Guibout, Chassaignac, Forget, Gosselin, Schwartz, Guyon conseillent tous d'inciser largement le kyste dans ses parties déclives, ou même d'enlever toute la paroi antérieure du kyste pour éviter que l'ouverture ne se ferme, et pouvoir détruire facilement la paroi postérieure, ce qui

est le seul moyen d'empêcher toute récidive. Quand la paroi antérieure du kyste est trop épaisse, on y applique une couronne de trépan. On fait l'opération sur les kystes maxillaires soit à travers les téguments, soit par la bouche; nous croyons cette dernière méthode bien meilleure quand elle est possible, parce qu'elle a cet avantage de ne pas défigurer le malade; seulement il faut ouvrir largement, en se rappelant que les ouvertures artificielles faites dans la bouche ont une tendance incroyable à se fermer.

On fait ensuite suppurer, soit en bourrant le kyste de charpie, soit en le cautérisant avec de la teinture d'iode, ou une solution concentrée d'azotate d'argent, comme M. Chassaignac, soit en grattant ses parois avec une spatule, pour provoquer l'élimination de la poche kystique. Les simples ponctions suivies ou non d'injections caustiques n'ont pas produit de bons résultats, le kyste se reproduisant presque fatalement.

Les incisions même largement faites n'ont pas non plus toujours été suffisantes, et Velpeau et beaucoup d'autres chirurgiens, après avoir essayé de ce moyen, ont été obligés d'en venir à l'excision de la paroi antérieure du kyste (*Gaz. des hop.* 1844, p. 581); c'est donc là, en définitive, le meilleur traitement des kystes uniloculaires.

Kystes multiloculaires. — Il n'en est pas de même pour les kystes multiloculaires; ceux-ci acquièrent un développement tel qu'ils peuvent envahir un os tout entier; on comprend alors qu'il est impossible de penser à vider

toutes les loges, ou même à enlever une de leurs parois; de plus, l'os est, en général, si aminci qu'il ne supporterait pas l'opération, ou bien même il est déjà fracturé.

En supposant que l'opération fût possible, il y aurait à craindre une récidive, comme dans le cas de Paget et de Syme: Il ne reste donc qu'une ressource, la résection pour le maxillaire, l'amputation pour les os longs.

La résection du maxillaire peut se faire sans pénétrer aucunement dans la bouche, avec l'incision courbe de M. le professeur Richet; Syme a pu extirper, sans pénétrer dans la bouche, la totalité de la branche montante du maxillaire, à l'aide d'une incision pratiquée au devant de l'oreille (*Journ. of med. sc.* 1843). M. le professeur Verneuil a proposé d'opérer en dehors de la bouche, même s'il s'agit d'une ablation totale de la mâchoire; cela permet d'endormir les malades et d'éviter la pénétration du sang dans les voies respiratoires. Il suffit, pour cela, de disséquer complètement la tumeur sous la muqueuse, avant de diviser cette dernière, et de respecter ses attaches osseuses au niveau des arcades dentaires jusqu'au moment où, avec deux ou trois coups de bistouri, on peut achever en un instant l'opération. On peut ensuite, d'après le conseil de M. Daniel Mollière (de Lyon), suturer les muqueuses jugales et gingivales, afin de fermer toute communication entre la plaie et la cavité buccale.

Kystes hydatiques. — Les kystes hydatiques, doivent-être ouverts, évacués et cautérisés; si l'os est fracturé, il faut réséquer les deux fragments; quelquefois même,

on est obligé, en dernière ressource, d'avoir recours à l'amputation.

CONCLUSIONS.

1° Les kystes osseux sont des tumeurs développées dans le tissu osseux, constituées par une ou plusieurs poches contenant un liquide de nature et de consistance variables, ou des hydatides.

2° C'est à Runge que remonte la première observation de kyste osseux décrit sous le nom d'exostose creuse, mais c'est Dupuytren qui le premier en a fait l'histoire.

3° Les kystes osseux se divisent en kystes hydatiques et kystes non parasitaires, et ceux-ci se subdivisent en uniloculaires et multiloculaires.

4° Ils se composent d'une coque osseuse, d'une membrane qui la double, et d'un contenu liquide plus ou moins consistant et de nature variable, siégent dans tous les os, mais surtout dans les maxillaires, et dans le tissu spongieux de ces os.

5 Nous rapportons la production de ces kystes, dans tous les os, à une sorte d'ostéite chronique, ostéite kystogénique admise par M. le professeur Gosselin pour les kystes non dentaires.

6° L'irritation causée à distance par les dents étant

une cause particulière aux kystes des mâchoires, nous croyons que, pour les autres os, le traumatisme a une influence réelle sur la production de cette ostéite. Nous croyons également que, pour les kystes hydatiques, le traumatisme peut influer sur le lieu d'élection de ces kystes.

7° Les principaux symptômes sont : le bruit de parchemin, la fluctuation, la marche lente et sans douleur.

8° Ce qu'on considère comme des abcès chroniques, et en particulier les abcès douloureux épiphysaires, constituent souvent la période d'inflammation d'un kyste osseux préexistant.

9° Le diagnostic n'est réellement difficile que pour les maxillaires, entre les kystes dentaires ou non dentaires, mais la confusion possible ne présente pas grand danger en clinique.

10° Le pronostic est toujours grave.

11° L'excision de la paroi antérieure pour les kystes uniloculaires ; la résection ou l'amputation pour les kystes multiloculaires ; la ponction, l'incision, la résection et au besoin l'amputation pour les kystes hydatiques, tel est le traitement qui se trouve le plus souvent indiqué pour chaque variété de kystes.

OBSERVATIONS.

Kystes uniloculaires.

Observation I.

Kyste de l'os frontal proéminent à la paupière supérieure droite (kyste orbito-palpébal), — (Gosselin. Traité des tumeurs de l'orbite, de Demarquay.)

Homme, 44 ans. Tumeur à la partie externe de l'os frontal droit, dans le voisinage de l'apophyse orbitaire externe. Date du début : 10 ans. Développement lent, sans douleur. Paupière supérieure gonflée, abaissée, présentant des parties dures et osseuses, qui se continuent avec le rebord orbitaire du frontal.

Ponction exploratrice donnant un liquide jaune foncé, mélangé de quelques grumeaux et qui présentait des paillettes fines de cholestérine. Avec la petite canule du trocart, on sentait la voûte orbitaire à nu dans une grande étendue. C'était probablement un cholestéatome osseux, un kyste osseux développé entre le périoste et l'os. Injection iodée quelques jours après. Amélioration. L'année suivante, nouvelle ponction suivie d'injection iodée. Suppuration de la poche. Trajet fistuleux.

Observation II.

Kyste osseux du maxillaire supérieur. — (Delpech . Chirurgie clinique de Montpellier, 1816, t. II, p. 134.)

En 1810 un des plus habiles maîtres dans un des grands hôpitaux de Paris, fit l'ouverture d'une tumeur située sous la lèvre supérieure vis à vis la racine de la dent incisive latérale gauche et celle de la canine. La forme de la tumeur était conique ; sa base était évidemment osseuse ; le sommet n'était recouvert que par la membrane des gencives fort amincie et presque transparente. Une ouverture cruciale étant faite au sommet de cette tumeur, il en

sortit une demi-once de sérosité limpide et inodore. Les quatre lambeaux ayant été emportés, on découvrit une excavation sphérique régulière, pratiquée dans l'épaisseur de l'os maxillaire, vers la base de son apophyse nasale. Les parois de cette cavité étaient tapissées par une membrane blanche, mince, adhérente, légèrement tomenteuse à sa face interne, en un mot par un véritable kyste séro-muqueux, n'ayant encore éprouvé aucune altération.

La cavité fut garnie de charpie. Le kyste en fut mortifié et se détacha, et fut remplacé par des bourgeons celluleux qui servirent de base à la cicatrice.

Il ne peut pas y avoir le moindre doute sur le caractère de la maladie, dit Delpech, dans le cas rapporté ci-dessus. Le kyste a été reconnu aisément par tous les assistants, parce qu'il n'avait éprouvé aucune altération ; l'excavation dans laquelle il était logé, était tout à fait insolite, sans rapport avec les cavités naturelles, particulièrement avec le sinus maxillaire. Comme la tumeur s'est trouvée presque complètement renfermée dans l'os maxillaire supérieur, qu'elle ne s'est mise à nu sous la membrane des gencives que consécutivement, par l'effet de la distension progressive de l'os, il paraît évident qu'elle a d'abord pris naissance dans l'épaisseur de ce dernier, à une égale distance du sinus maxillaire, de la cavité des fosses nasales, de celle de la bouche et peut être de celle des alvéoles.

Observation III.

Kyste développé dans la partie antérieure de l'os maxillaire supérieur. — (Michaux. Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique 1852. Observation XIX.)

Homme, 22 ans. A 7 ans, tumeur de la région sus-maxillaire gauche qui se vida à travers la peau de la joue.

Depuis un an, tumeur à la région maxillaire droite. Molaires cariées; leur arrachement donne issue à une matière épaisse, caséeuse. Ponction donnant issue à une matière épaisse rougeâtre. Par les alvéoles vides, on pénètre dans une cavité limitée par la partie antérieure du sinus et dont les parois résistantes en arrière, sont molles et flasques en avant.

Résection de la tumeur ; ablation de la paroi antérieure. On tombe dans une cavité vide, lisse, qui a pour fond l'os maxillaire dénudé. Le sinus maxillaire ne paraît pas exister ou du moins est très resserré. La partie excisée présente, de dehors en dedans, une couche de tissu cellulaire et fibreux, une lamelle mince et consistante comme du parchemin, dont la coupe est brillante et cartilagineuse; sa face interne adhère intimement à un tissu dense, résistant, mais souple, blanchâtre, comme fibreux, ayant deux à trois lignes d'épaisseur.

Nous regrettons que M. Michaux n'ait pas été plus explicite au point de vue de l'anatomie pathologique et nous ne donnons cette observation comme kyste osseux que parce que M. Michaux nous la donne comme telle.

Observation IV.

Kyste interstitiel du maxillaire supérieur. — (M. Chassaignac. Moniteur des hôpitaux 1853, p. 1086.)

Femme, 60 ans. Trois mois avant, douleur analogue à celle produite par le carie dentaire, dans la portion gauche du maxillaire supérieur. Grosseur au niveau de la première molaire. Muqueuse rouge, violacée et très amincie. Diagnostic : abcès. Incision. Au lieu de pus, liquide de couleur jaune, citrin et de consistance sirupeuse. Ablation de la paroi antérieure de la poche qui est dure, en apparence cartilagineuse et qui présente même une couche osseuse très mince et comme papyracée.

Quinze jours après, guérison.

« Le kyste osseux s'était développé dans le tissu diploïque de l'os

maxillaire supérieur. En avant, il avait refoulé la couche compacte qui revêt la partie antérieure de l'os; en arrière et sur la paroi interne et profonde de la couche accidentelle, on reconaissait les cannelures formées à la saillie des étuis dentaires. Car les alvéoles n'étaient pas ouvertes, et le tissu compacte qui les constitue avait résisté à la destruction que causent habituellement les tumeurs de diverse nature qui se forment dans l'épaisseur du tissu osseux. »

Observation V.

Kyste séreux de la mâchoire supérieure à droite. — (Gosselin. Clinique chirurgicale 1879, t. III, p. 268.)

Homme de 52 ans, présentant à la joue une tumeur arrondie, grosse comme une forte noix, qui soulevait notablement la peau et qui bombait du côté de la gencive, au niveau des deux petites molaires et de la canine. Cette tumeur, venue sans cause connue, à peu près indolente, se développait peu à peu; elle présentait du côté de la joue une consistance assez ferme, paraissant bien due à l'existence d'une paroi osseuse qui pourtant s'affaissait à la pression et donnait la sensation de crépitation parcheminée au niveau de la portion gingivale; sur la partie centrale et la plus proéminante de la tumeur on sentait de la mollesse et de la fluctuation à condition de mettre le doigt sur cette partie molle, tandis que l'on pressait sur la partie extérieure de la tumeur avec un autre doigt. Il n'y avait pas de prolongement du côté de la voûte palatine ou du côté de l'orbite, ni du côté de la fosse nasale correspondante. Les dents n'étaient pas douloureuses ni ébranlées, et ne semblaient pas malades. La collection de liquide ne communiquait pas avec la fosse nasale et par conséquent n'était pas dans le sinus maxillaire, car en pressant sur la tumeur ou en faisant incliner la tête du malade à gauche, on ne faisait rien couler dans la fosse nasale. Il y avait là un kyste développé dans l'épaisseur même de la mâchoire, kyste dont la paroi postérieure devait proéminer dans le sinus maxillaire. La sensation de fluctuation faisait pressentir un kyste uniloculaire.

Le professeur Gosselin faisant relever la lèvre supérieure trans-

perça avec un ténaculum, toute la portion molle et fluctuante, incisa avec le bistouri au-dessous du ténaculum dans l'étendue de trois centimètres environ, puis, abaissant le ténaculum, coupa au-dessus de lui avec des ciseaux courbes. Il fit ainsi à la gencive et à la portion gingivale de la tumeur, une perte de substance de trois centimètres en travers et de près de deux centimètres en hauteur.

Il s'écoula un liquide jaunâtre un peu visqueux contenant une grande quantité d'albumine. Le doigt porté dans la cavité donnait une sensation de mollesse et d'onctuosité indiquant la présence d'une membrane cellulo-fibreuse doublant les parois du kyste. Pour activer le retrait de ces parois, on introduisit dans la cavité une série de boulettes de charpie en queue de cerf-volant.

Au bout de trois mois, après avoir fait tous les jours une injection d'eau tiède dans la cavité pour entraîner le pus, on trouva les parois encore très écartées, mais cependant le gonflement de la joue avait disparu.

Observation VI. (Personnelle.)

Kyste uniloculaire des parois de l'orbite.

Le nommé Rousseau, manouvrier, âgé de 24 ans est entré à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Gosselin, le 30 août 1881, au n° 9 de la salle Sainte-Vierge.

Il raconte qu'à l'âge de 17 ans, il a reçu dans l'angle interne de l'œil gauche, un coup violent produit par une betterave lancée avec force. A partir de ce moment il a éprouvé tous les mois quelques douleurs et bientôt est apparue une petite tumeur dans l'angle interne de l'œil. Cette tumeur a grossi peu à peu, a fait saillie dans l'orbite en poussant l'œil en dehors et en bas.

Il y a trois ans, la tumeur a commencé à se développer d'une manière gênante dans la narine gauche. Depuis quelques semaines, l'œil est tellement déjeté en dehors et en avant, que la paupière supérieure, bien que considérablement tiraillée, ne peut plus arriver à le recouvrir; aussi la cornée s'est-elle ulcérée, et c'est ce qui a décidé ce malade à entrer à l'hôpital, parce qu'il ne voit plus clairement les objets, tandis que jusque-là, sa vue était toujours restée excellente.

Etat actuel. — La moitié gauche de la face paraît plus volumineuse que celle de droite ; l'œil est déjeté en dehors, en avant et en bas et semble écarté de l'angle interne de l'orbite d'environ deux à trois centimètres ; il présente une kératite centrale, mais ses mouvements sont parfaitement conservés.

Entre l'œil et le nez est une masse proéminente, mais qui forme une pente insensible depuis l'arête du nez jusqu'à l'œil, de sorte qu'on pourrait croire que cette tumeur est formée par la narine gauche très dilatée. Le sac lacrymal est saillant et bilobé.

Cette tumeur est dure comme l'os, mais cependant présente au-dessus de l'angle interne de l'œil un point un peu dépressible et qui donne un peu la sensation de la crépitation parcheminée, mais d'une manière si peu prononcée qu'on ne peut absolument l'affirmer. Au niveau du sac lacrymal on trouve ce même phénomène peut être encore plus léger ; seulement il y a une fluctuation plus prononcée qu'on doit peut être attribuer au contact du sac lacrymal.

Par l'examen nasal, on trouve une tumeur dure, osseuse qui occupe toute la narine gauche et repousse même dans la narine droite la cloison nasale; elle est recouverte de la muqueuse saine.

Par la bouche, on ne sent que très loin une sorte de gonflement très difficile à délimiter, surplombant le voile du palais.

On ne distingue que ce gonflement au laryngoscope.

Depuis près de deux ans, le malade n'entend plus bien de l'oreille gauche.

Pendant quelques jours on prépare le malade en lui donnant du chloral, pour ne pas être obligé de lui donner trop de chloroforme.

Le 7 septembre on lui donne 6 grammes de chloral; le 10, 8 grammes de deux heures en deux heures, et 30 grammes de sirop de morphine.

Le 14 a lieu l'opération. On donne au malade 10 grammes de chloral par 2 grammes, à partir de 2 h. 1/2 du matin jusqu'à 8 h. 1/2 avec 45 grammes de sirop de morphine.

A 9 heures 1/2, le malade est amené sur un brancard parce qu'il est incapable de marcher, le chloral l'ayant rendu comme ivre; cependant il ne dort pas et on lui fait respirer un peu de chloroforme.

M. Berger fait une incision partant de la racine du nez, suivant la crête du nez et aboutissant dans la narine gauche, sans aller intéresser la lèvre supérieure, puis il fait une autre incision perpendiculaire, allant de la première à l'os malaire, en décrivant une courbe à concavité supérieure. Il soulève le lambeau supérieur ainsi formé, et va ruginer l'orbite pour arriver à la fente sphéno-maxillaire sans intéresser les parties molles de l'orbite. On fait passer la scie à chaîne par cette fente et l'on isole ainsi de ce côté le maxillaire supérieur. Au lieu d'enlever complètement le maxillaire, M. Berger se contente d'enlever la paroi inférieure de l'orbite et les parois du sinus maxillaire, de manière à conserver une languette osseuse qui supporte les dents. A ce moment la tumeur orbito-nasale est très visible ; M. Berger la pensant assez résistante la saisit avec une grosse pince, mais elle cède et se brise ; elle est creuse, et on enlève avec quelque peine tous les morceaux en allant chercher le fond du kyste osseux jusque dans l'arrière cavité des fosses nasales.

Pendant tout ce temps, l'hémorrhagie a été peu abondante ; au commencement quelques pinces hémostatiques et ensuite une éponge trempée dans de l'eau vinaigrée en ont eu facilement raison. Malheureusement, au moment ou la tumeur s'est brisée il a été impossible de constater la quantité et la qualité du liquide qui s'est mélangé avec le sang plus abondant à ce moment.

A la fin de l'opération on comprime quelques instants le fond de la plaie avec une éponge, et ensuite on fait une suture des deux incisions avec des fils d'argent. L'opération a duré en tout à peine une demi-heure.

Pansement au lint boracique et pansement de Lister par-dessus.

Le 14 au soir 37° 6. Rétention d'urine.

Le 15, au matin 37° 4 ; le soir, 38.

Les jours suivants, sortie de quelques esquilles.

Le 23, le malade va très bien, mais l'œil n'est pas revenu complètement dans l'orbite et dans l'angle interne on sent une saillie formée par l'os propre du nez qui, détaché par la première incision sur l'arête du nez, n'a pas été enlevé et s'est mis en travers, au lieu de servir à reformer le squelette du nez comme on l'avait espéré. Il y a encore l'ulcère de la cornée et la vue ne revient pas beaucoup, mais la paupière recouvre l'œil. Pas de suppuration.

Le 25 septembre, la cicatrisation est complète.

Le 30, l'ulcération de la cornée est en bonne voie de guérison.

Le 20 octobre, frisson, accès de fièvre.

Le 21, érysipèle de la face.

Le 8 novembre, l'érysipèle est à peu près terminé; il se fait un peu de suppuration par l'incision inférieure qui s'est ouverte de nouveau au-dessous de l'œil.

Le 16 novembre, sortie de l'hôpital; l'œil n'est toujours pas revenu complètement dans l'orbite pour la raison que nous avons donnée.

Le siège exact du kyste est difficile à déterminer exactement, puisqu'il s'est brisé avant qu'on ait pu bien le délimiter, mais cependant il est presque certain qu'il s'était formé dans le tissu spongieux de l'apophyse montante du maxillaire supérieur du côté gauche.

Observation VII.

Kyste osseux du maxilaire inférieur. — (Bordenave, Mémoire de l'Académie royale de chirurgie, t. V, p. 341.)

Un jeune homme de 19 ans avait à la mâchoire inférieure une exostose qui faisait des progrès manifestes, était douloureuse et gênait les mouvements; elle était du côté droit, du volume d'un gros œuf allongé et aplati, s'étendant depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la symphyse et proéminant sous le menton. Les dents étaient saines, les gencives aussi. Bordenave lui ayant fait arracher trois dents, se fit un jour à travers les alvéoles et trouva une cavité d'où sortit une matière blanche comme de la moelle durcie, dit-il. Il fit des injections au baume de Fioraventi et le malade guérit avec une fistule qui dura plus de deux ans.

C'est là ce que Bordenave appelle une exostose creuse, une spina ventosa et que nous pouvons appeler un kyste osseux du maxillaire inférieur.

Il rapporte une observation de Runge dans ce même mémoire sur les exostoses.

Observation VIII.

Kyste osseux du maxillaire inférieur. — (Runge, Dissert. de morbis præcipuis sinuum. Haller, Disput, chirurgic., 1750, t. I, p. 216.)

Un jeune homme avait au côté droit de la mâchoire inférieure une tumeur répondant au milieu des dents molaires, tumeur dure, du volume d'un œuf de pigeon, proéminente en dehors plus qu'en dedans et qui avait acquis ce volume dans l'espace d'un an et le jeune homme avait ressenti pendant ce temps une douleur sourde et continue. D'un coup de bistouri on se fit jour dans la cavité de la tumeur et il en sortit une matière muqueuse, dit Haller. L cavité de l'os était recouverte d'une substance membraneuse dans toute son étendue.

Le jeune homme guérit en six mois.

C'est encore là, évidemment, un kyste osseux.

Observation IX.

Kyste osseux du maxillaire inférieur.— (Dupuytren, Cliniques, t. III, 1836.)

Femme, 20, ans. Tumeur grosse comme un œuf de poule dans la branche horizontale droite du maxillaire inférieur, faisant plus de saillie dans l'intérieur de la bouche que du côté de la face externe de l'os, et repoussant la langue. La tumeur paraissait avoir été déterminée par l'extraction incomplète d'une dent cariée.

Ouverture par la bouche du kyste qui laisse échapper une grande quantité de sérosité sanguinolente. Au fond du kyste, masse solide analogue à de l'adipocire due probablement à la transformation graisseuse de quelques parties animales d'aliment ayant pénétré dans le kyste par l'alvéole de la dent arrachée. Guérison.

Observation X.

Kyste osseux du maxillaire inférieur. — (Dr Laborie, Gazette des hôpitaux, 1840, p. 223.)

Homme, 45 ans. Il y a 20 ans, douleurs sans cause connue. Tuméfaction au bout de dix ans, opération par Dupuytren. Ablation, au devant de la gencive d'une étendue de la paroi osseuse grande comme une pièce de 20 sous. Ecoulement assez considérable d'un liquide séro-purulent. Dupuytren reconnut un kyste osseux sans cause connue. Le malade garda une ouverture grande comme une pièce de dix sous par laquelle sortait du pus et pénétraient des aliments. M. Jobert fit l'ablation de toute la paroi antérieure du kyste, paroi qui était nécrosée, tandis que la paroi postérieure était encore recouverte de sa membrane semblable à une muqueuse. Le malade guérit.

Observation XI.

Kystes osseux du maxillaire inférieur, accompagnant un kyste dentaire. — (Guibout, Union médicale, 1847, p. 458).

Femme, 51 ans. Opérée en 1839, par M. Velpeau, d'un kyste dentaire, contenant une dent de sagesse. En 1847, tumeur bilobée s'étendant depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. Pas de crépitation, mais trois points où il y a une fluctuation évidente. Il n'y a jamais eu beaucoup de douleur, mais il n'y en a pas eu du tout depuis l'extraction de la dent, malgré le développement de la tumeur. Ablation du maxillaire par M. Monod. Guérison.

Examen de la pièce. Il y avait trois kystes : un correspondant au kyste dentaire, un autre placé dans la branche du maxillaire et qui était purement un kyste osseux, de même que le troisième qui proéminait dans la bouche; et ces trois kystes ne communiquaient pas entre eux ; c'était probablement par inflammation de voisinage que les deux kystes osseux s'étaient formés à côté du kyste dentaire.

Observation XII.

Tumeur volumineuse comprenant la moitié gauche de la mâchoire inférieure. — (Forget, Memoire de la Société de chirurgie, 1853, t. III, p. 230.

Une jeune fille de 15 ans, non encore réglée, assez forte, bien développée, entra le 24 février 1852, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert. Vers l'âge de 9 ans, grosseur du volume d'une noix au côté gauche de la mâchoire inférieure, indolore, augmentant peu à peu. Au bout de deux ans on arracha trois dents molaires, ce qui donna lieu à un écoulement de sang assez abondant, et à partir de ce moment la tumeur fit des progrès très rapides.

A l'entrée de la jeune fille à l'hôpital, on constata : une tumeur assez régulièrement ovoïde, occupant la moitié gauche de l'os maxillaire inférieur, tumeur indolore, même lorsqu'on la comprime, uniformément arrondie, du volume d'un œuf d'autruche, suivant les mouvements de la mâchoire, sans adhérence avec la joue et les parties molles du cou qui sont fortement distendues.

En bas, la tumeur descend jusqu'à la partie moyenne du cou; en arrière elle masque les vaisseaux carotidiens; en avant, elle dépasse un peu la symphyse du menton; en dedans elle refoule la langue de gauche à droite et gêne la liberté de ses mouvements; en haut, le tissu gingival est épaissi et induré, d'un rouge terne, sans ulcération. En certains points, cette tumeur se laisse déprimer avec un bruit de crépitation assez prononcé.

Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable.

M. Jobert opéra à la fin du mois de mars 1852.

Un vaste lambeau formé avec la joue et la moitié de la lèvre inférieure fut disséqué et renversé sur la partie supérieure de la face. L'os maxillaire fut scié près de la symphyse du menton, et en arrière il se brisa un peu au-dessous de son col, tandis qu'on faisait basculer la tumeur de dedans en dehors pour la rendre accessible à l'instrument par sa face profonde.

L'opération, longue et laborieuse donna lieu à une perte assez considérable de sang mais fut assez bien supportée. La cicatrisation se faisait bien, lorsque vers le dixième jour la malade fut prise d'accidents cholériformes auxquels elle succomba.

Examen de la tumeur. — La tumenr représentait un ovoïde tronqué à ses deux extrémités qui conduisaient à l'intérieur d'une vaste cavité; elle était constituée par une vaste coque osseuse, interrompue çà et là par des espaces membraneux reliant entre elles des plaques fort minces de tissu compacte. Quelques dents sont encore implantées sur la portion de gencive adhérente à la tumeur et l'une d'elles plonge dans le kyste qui contient un liquide filant, visqueux ressemblant à du blanc d'œuf. « La surface interne du kyste est remarquable par un grand nombre de saillies linéaires qui, sous forme de petites arêtes, font relief sur les plaques osseuses, affectant par leurs embranchements et leurs divisions successives la disposition aréolaire qui, à une époque où la tumeur était moins développée, devait exister de la manière la plus évidente ; ce qui le prouve, c'est que cette disposition aréolaire ou cellulaire se retrouve mieux dessinée et tout à fait complète aux extrémités de l'ovoïde, c'est-à-dire dans le point où la tuméfaction va en décroissant, où par conséquent, l'écartement des deux tables de l'os s'est effectué sous un plus petit rayon. Les aréoles circonscrites par ces crêtes osseuses sont elles-mêmes tapissées par une membrane d'un blanc grisâtre, parsemée d'arborisations vasculaires assez pâles; en plongeant la pièce sous l'eau, on voit une infinité de lambeaux se détacher de l'intérieur de la coque osseuse et flotter sous forme de flocons lanugineux. »

Observation XIII.

Kyste osseux du maxillaire inférieur avec hyperostose. — (Gosselin, Gazette des hôpitaux, 1855, p. 529.)

Femme, 24 ans. Date du début, 6 mois. Fluxion, sans dent gâtée. Tumeur qui a fini par être douloureuse; une ponction a donné issue à une certaine quantité de sang.

Tumeur de la grosseur du poing, arrondie, lisse, douloureuse au toucher, fluctuante en avant, occupant la branche ascendante du maxillaire inférieur. Bruit de parchemin. Hyperostose en arrière de la branche.

Incision dans la bouche. Cavité considérable, contenant peu de

liquide séro-sanguinolent. Suppuration au moyen de bourdonnets de charpie. Un an après, abcès au voisinage du kyste. L'hyperostose augmente. De temps en temps, douleurs d'ostéite. Trajet fistuleux sans dénudation de l'os.

Observation XIV.

Kyste uniloculaire du maxillaire inférieur. — (Gosselin, Bulletin de la Société de chirurgie, 1860, p. 185.)

Femme, 22 ans. Tumeur occupant le côté droit du corps de la mâchoire inférieure, se prolongeant à peine dans la branche, du volume d'un œuf de poule. L'os est détruit au niveau de la gencive. Incision donnant issue à de la sérosité jaunâtre, un peu poisseuse. Suppuration.

Fièvre typhoïde. Mort.

Examen de la pièce. — Kyste réduit de moitié, occupant le corps de l'os au-dessous de la deuxième petite molaire et des deux premières grosses molaires. Surface interne tapissée par une membrane cellulo-fibreuse vasculaire, assez épaisse et très adhérente. En la décollant, on voit à nu et saillantes, au delà du fond détruit de leurs alvéoles, les racines de la deuxième petite et de la première grosse molaire. On peut croire, mais sans qu'il soit possible d'en donner la démonstration, que ces dents cariées depuis longtemps ont été pour quelque chose dans le point de départ du kyste.

Observation XV.

Kyste uniloculaire de la mâchoire inférieure.— (M. Bryant, Guy's Hospital Reports, 1870, vol. XX, p. 252.— Dict. encycl., Maxillaires.)

Kyste uniloculaire de la mâchoire inférieure, semblant n'avoir aucun rapport avec les dents; celles-ci étaient saines. La tumeur datait de deux ans, elle était le siège de douleurs sourdes, et avait acquis le volume d'une noix. Il s'en échappa, à l'ouverture, une certaine quantité de liquide séreux ; elle ne contenait ni dents ni matières solides.

Observation XVI.

Kyste uniloculaire du maxillaire inférieur. — (Reynaud, Kystes du maxillaire inférieure, thèse de Paris, 1873.)

Femme, 25 ans. Au niveau de la partie droite du corps du maxillaire inférieur, tumeur dure, indolente à la pression. Il ne lui manque aucune dent. Tumeur dure au palper, non crépitante, légèrement bosselée. Ponction exploratrice donnant issue à un liquide séreux très abondant.

Opération. Incision longitudinale. Les racines des dents plongent dans la cavité. Suppuration.

Un mois après, le kyste a reparu. Ablation de la paroi externe du kyste. Guérison.

Etait-ce bien un kyste indépendant des racines des dents?

Observation XVII.

Kyste non dentaire à contenu demi-solide du maxillaire inférieur. — (M. Desgranges, in Reynaud, thèse 1873. Kystes du maxillaire inférieur.)

Jeune fille, 15 ans. Tumeur au niveau de l'angle de la mâchoire du côté droit, remontant à un an, du volume d'une grosse noix. Pas d'adhérence avec la peau, surface lisse, sans bosselure. Tumeur dure, résistante, mais dépressible en certains points.

Opération. Excision de la paroi externe du kyste, à travers les téguments, rugination de la paroi interne.

Examen de la pièce. — Le contenu du kyste est une matière blanchâtre, pulpeuse, avec grumeaux multiples comme si elle était due au ramollissement d'une substance solide dans le principe. Le kyste était tapissé d'une membrane fibro-séreuse. Guérison après un érysipèle.

Observation XVIII.

Kyste osseux uniloculaire du maxillaire inférieur. — (M. Desgranges, in Reynaud, thèse de Paris, 1873.)

Femme, 26 ans. Tumeur depuis trois mois, déjà opérée une fois. Récidive. Tumeur grosse comme une petite pomme au niveau de l'angle du maxillaire inférieur à droite, molle et fluctuante. Un peu de douleur à la pression. Incision horizontale; issue de 12 grammes d'une substance gélatineuse jaune, ayant la consistance d'une gelée. Suppuration. Guérison.

Observation XIX.

Kyste osseux uniloculaire du maxillaire inférieur. — (Malgaigne, in Reynaud, thèse de Paris, 1873.)

Femme, 34 ans. Trois ans auparavant, douleurs dentaires. Carie des trois dernières molaires du côté gauche du maxillaire inférieur, et en même temps tumeur à la face externe de la branche du maxillaire. Depuis trois mois, accroissement de la tumeur, mastication impossible, douleurs névralgiques. Tumeur du volume d'une noix, dure, avec une partie dépressible. Ablation de la partie antérieure du kyste à travers la gencive et rugination de la partie postérieure. Guérison.

Le kyste était formé par une coque osseuse de 1 millimètre environ d'épaisseur, tapissée à l'intérieur par une muqueuse de nouvelle formation.

Observation XX.

Kyste uniloculaire volumineux de la mâchoire inférieure avec hyperostose. — (Gosselin, Clinique chirurgicale, 1879, t. III, p. 268 et suivantes.)

Homme. Kyste au côté droit de la mâchoire inférieure, au niveau des trois premières molaires, à parois osseuses, sauf au niveau de

la gencive inférieure où l'on sentait de la mollesse et de la fluctuation, contenant un liquide séreux un peu visqueux.

Le kyste était uniloculaire, ne renfermant pas de dent; seulement, comme il y avait au bord alvéolo-dentaire deux racines non ébranlées, restes de dents détruites par la carie, M. Gosselin pensa à une irritation qui, partie de ces racines, avait causé l'ostéite indolente spéciale de voisinage, susceptible de produire quelque chose de comparable aux faux abcès des os longs.

Il y avait du reste une légère hyperostose du maxillaire à la jonction du corps avec la branche, hyperostose produite peu à peu et sans douleur, et qui tenait probablement aussi à l'irritation partie des dents voisines, de sorte que cette irritation aurait fait naître dans la mâchoire une ostéite interstitielle avec sécrétion séreuse sur un point, et une ostéite ou ostéo-périostite hypertrophiante sur un autre point.

Excision au moyen du tenaculum, du bistouri et des ciseaux courbes.

Observation XXI.

Kyste osseux du tibia. — (Brodie, Illustrative lectures, 21e lecture, 1846).

Femme. Douleur depuis dix ans dans l'extrémité inférieure du tibia qui était gonflé. Trépanation donnant issue à un liquide qui parut être séro-purulent mélangé avec du sang.

Observation XXII.

Kyste osseux du tibia. — (Paget, Médical Times, 1854.)

Garçon, 12 ans. Coup reçu quatorze mois auparavant. Diagnostic : abcès du tibia droit. Trépanation.

La rondelle de l'os trépané n'a pas présenté sur sa face profonde la membrane qui double ordinairement les abcès, et, en enlevant la rondelle, il ne s'est pas échappé de pus à travers l'ouverture. Mais, en sondant, la paroi mince de l'abcès qui n'avait pas été atteinte par le trépan fut perforée, et il s'écoula un demi-drachme de pus d'un bon aspect.

OBSERVATION XXIII.

Kyste osseux du tibia. — (Lésion douloureuse du tibia traitée par trépanation, clinique de M. Nélaton, in Ed. Cruveilhier, thèse 1865. Abcès douloureux épiphysaires. Journal des médecins praticiens, 1865, p. 17.)

Jeune homme, 17 ans. Souffre depuis l'age de treize ans et demi, dans la partie inférieure de la jambe gauche. Douleurs parfois vives. Tuméfaction occupant le tibia s'élevant en hauteur à 7 ou 8 centimètres, en forme de renflement fusiforme, régulier, sans dépressions ni saillies, sans œdème, sans altération de l'articulation tibio-tarsienne. Douleur continue avec exacerbations et de temps en temps intermittences.

Diagnostic : abcès chronique du canal médullaire du tibia avec ou sans pus. Trépanation. A trois centimètres de profondeur, existait une excavation qui au lieu de se diriger vers le canal médullaire, était formée exclusivement aux dépens du tissu spongieux voisin de l'épiphyse, elle avait environ 2 centimètres de profondeur, contenait un liquide séro-sanguin et semblait tapissée par une membrane de délimitation parfaitement lisse et n'offrait aucune trace d'affection nécrosique. Guérison certaine.

Kystes multiloculaires.

OBSERVATION XXIV.

Kyste multiloculaire de l'os jugal. — (Michaux, Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique, 1852. Observation 25e.)

Fille, 2 ans. Depuis l'âge de 3 mois, porte une tumeur indolente vers le tiers externe du bord inférieur de l'orbite gauche. Chute sur cette tumeur qui se développa rapidement. A la partie supérieure moyenne et externe de la joue gauche, tumeur haute d'un pouce, faisant saillie dans la partie moyenne et externe de l'orbite. Tumeur dure, indolente, inégale. Os jugal soulevé et déjeté en arrière.

Ponction exploratrice faisant pénétrer dans une cavité libre, mais divisée en plusieurs compartiments par des lamelles peu résistantes.

Extirpation de l'os jugal.

Malheureusement M. Michaux ne donne pas plus de détails anatomiques sur ce qu'il appelle kyste multiloculaire de l'os jugal.

Observation XXV.

Kyste multiloculaire du maxillaire supérieur.— (Dupuytren, Leçons orales, observation première.)

Fille, 7 ans. Coup à la joue. Tumeur du volume du poing, dans le maxillaire supérieur. Bruit de parchemin.

Ponction avec le bistouri; écoulement d'un flot de sang noirâtre.

Incision sur la partie interne de la tumeur.

Au bout de 10 jours, kyste un peu affaissé. Suppuration abondante. Mort. Tumeur vide, tapissée d'une sorte de muqueuse. Paroi externe avec hyperostose entre la paroi externe et la paroi interne, cellules énormes analogues à celles de l'ethmoïde.

Observation XXVI.

Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. — (Cusack, Dublin, Hosp. Gaz. 1826, vol. IV, p. 29. Dict. encyclop., Maxillaires.)

Femme, 30 ans. La tumeur occupe la moitié de la mâchoire inférieure. La branche horizontale est transformée en une vaste cavité divisée en un grand nombre de loges inégales en volume et communiquant les unes avec les autres.

Observation XXVII.

Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. — (Forget, thèse inaugurale 1840.)

La femme Gervais, âgée de 38 ans, entre à l'hôpital de la Pitié en avril 1839; elle est affectée d'une tumeur volumineuse à la

mâchoire inférieure. L'origine de la maladie remonte à quinze ans; à cette époque, la carie exigea l'avulsion de quatre dents; après l'opération il survint une fluxion douloureuse qui persista quelque temps. Il survint alors une tumeur correspondante aux dents molaires qui furent arrachées. La moitié gauche de l'os maxillaire devint le siège d'un gonflement qui alla croissant. La tumeur du volume d'une tête d'enfant, s'étend de l'os de la pommette au tiers inférieur du cou. D'autre part elle s'étend de la première molaire droite à une ligne passant au-devant de l'apophyse mastoïde et des apophyses transverses des premières vertèbres cervicales. Les trois quarts du diamètre transverse du plancher de la bouche sont envahis par la tumeur; la langue est déjetée en arrière et à droite contre la joue. L'articulation temporo-maxillaire a conservé l'intégrité de ses mouvements, qni sont seulement plus bornés; la déglutition est pénible; la respiration n'est pas gênée; la surface de la tumeur offre sous la peau des veines variqueuses. Vers le centre de la tumeur existe une ulcération d'un pouce environ, par laquelle s'écoule une matière séro-purulente, surtout quand on comprime à l'entour; elle a succédé à l'ouverture spontanée d'un abcès développé depuis six semaines. La tumeur présente trois bosselures volumineuses séparées par de légers enfoncements, la fluctuation est manifeste au toucher çà et là; près de ces points les tissus se laissent déprimer sans crépitation.

Le 30 juillet 1839, Lisfranc procéde à l'opération; il reséque l'os sur l'alvéole de la première molaire droite et désarticule le condyle correspondant. Le lambeau obtenu par la dissection des téguments est maintenu en contact avec la circonférence de la plaie par trente-deux points de suture entortillée.

La malade sortit guérie de la Pitié, où une fistule, due à la gangrène de la partie inférieure du lambeau dans une étendue de deux pouces, la força de prolonger son séjour au-delà du temps nécessaire à une guérison sans accidents. Cette femme fut présentée à l'Académie de médecine.

Anatomie pathologique. — La tumeur est ovalaire, elle a sept pouces de diamètre antéro-postérieur, et cinq de diamètre vertical, sa circonférence est de 14 pouces. La muqueuse est épaisse, dure, le tissu des gencives, hypertrophié, a une consistance et un aspect fibreux; en plusieurs points, il est blanc-jaunâtre. Sous les parties

molles, on trouve une coque osseuse interrompue par de larges interstices membraneux qui la remplacent en quelques endroits. Le corps et la branche de l'os sont indistinctement continus et forment un énorme ovoïde : le col du condyle et le sommet de l'apophyse coronoïde, le premier aminci et ramolli, le dernier mobile sur sa base confondue dans le reste de la tumeur, sont seuls reconnaissables et en saillie ; le sommet de l'apophyse porte l'extrémité tendineuse du temporal.

Le périoste est mou, très mince et glisse sur le tissu osseux auquel il semble à peine adhérer. Au niveau des interstices fibreux de la coque d'enveloppe, il existe une fluctuation manifeste. La surface présente encore trois saillies répondant aux bosselures observées sous la peau. A l'ouverture de la coque, on trouve en regard des trois bosselures, trois kystes de la grossseur d'un œuf, contenant dans leur intérieur, l'un une matière mélicérique mélangée dune substance grumeuse, athéromateuse, les deux autres une sanie visqueuse rougeâtre, semblable au pus d'une arthrite.

Ces kystes sont constitués par une membrane fibreuse, transparente en quelques points, plus épaisse dans d'autres, annonçant par sa couleur rougeâtre celle du liquide qu'elle contient; les plaques osseuses qui recouvrent ces kystes adhèrent à leur surface externe par des prolongements fibreux; aux extrémités du petit diamètre de la tumeur, l'amincissement de l'os est moindre; on y voit, à la surface interne des plaques osseuses, des demi-cellules dont l'autre moitié a été brisée par les diverses coupes anatomiques. On y remarque, de plus, une infinité de petites cavités cloisonnées par des parois ostéo-fibreuses contenant de petits kystes à parois membraneuses, remplis d'un liquide grisâtre et visqueux; la presque totalité du centre de la tumeur est formée par l'agglomération de ces petites poches enkystées. Une dissection attentive permet de voir manifestement la membrane formant un de ces kystes se continuer d'une cellule dans une voisine par un pertuis étranglé; de sorte que plusieurs kystes paraissent tapissés d'une membrane commune ; les kystes volumineux seuls sont isolés.

Observation XXVIII.

Kystes multiples du maxillaire inférieur. — (Velpeau, Bulletin de la Soc. anat. 1847, p. 391.)

Kyste du maxillaire inférieur ayant fait disparaitre la surface de l'os dans une étendue de deux centimètres carrés; la poche entière avait six centimètres de profondeur et renfermait un liquide séreux ou noirâtre, dû probablement à quelque mélange avec du sang. Cette poche présentait un compartiment latéral tout à fait membraneux de 3 centimètres de large sur 4 centimètres de profondeur; sa paroi interne, qui la séparait de la couche voisine était de couleur rosée et composée de plusieurs feuilles; les deux poches ne communiquaient pas entre elles.

Observation XXIX.

Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure. — (Syme, Lancet, 1855, t. I, p. 253. Dict. encyclop., maxillaires.)

Kyste de la mâchoire inférieure, ponctionné trois fois. Après chaque ponction on fit suppurer la cavité et la tumeur diminuait. Le malade revint cinq ans après la première opération ; la mâchoire était envahie de la symphyse à l'apophyse coronoïde. Elle fut désarticulée. Le kyste était complexe, formé de quatre cavités principales dont les parois étaient garnies de kystes de volumes divers.

Observation XXX.

Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure. — (Robert Adams, Dublin Hosp., rep., 1857, vol. IV, p. 166. Dict. encyclop., Maxillaires.)

Homme, 36 ans. Malade depuis trois ans. Sur une étendue de deux pouces, au niveau des premières molaires de la mâchoire inférieure droite, on put compter jusqu'à 26 petits kystes du

volume d'un pois et plus, communiquant ensemble, à parois osseuses, d'une extrême finesse, tapissées par une membrane rouge, pulpeuse, vasculaire, circonscrivant une cavité remplie par un liquide albumineux légèrement teinté de rouge. Le tissu osseux de la mâchoire avait subi tout entier cette transformation kystique, sauf le bord inférieur.

Observation XXXI.

Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. (Musée Dupuytren, nº 327, b.). — (Mayor fils (de Genève), Gaz. des hôpit. 1857.)

Homme, 42 ans. Tumeur au niveau de l'alvéole d'une dent cassée 9 ans avant. Douleurs très vives. Incisions répétées sans soulagement. Symptômes de voisinage très pénibles. Bruit de parchemin.

Désarticulation de la moitié gauche du maxillaire inférieur. Guérison.

Examen de la pièce. — Kyste multiloculaire à loges nombreuses tapissées par une sorte de muqueuse, remplies d'un liquide filant, visqueux, jaune rougeâtre.

Observation XXXII.

Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure. — (Paget, Médical Times, 1er sept. 1860. Dict. encyclop., Maxillaires.)

Femme, 48 ans. Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure guéri. Au bout de deux ans, tumeur au-dessous de la première. Un an après, tumeur nouvelle envahissant toute la branche verticale et une partie de la branche horizontale de la même mâchoire et du même côté.

Observation XXXIII.

Enorme kyste multiloculaire du maxillaire inférieur avec hyperostose. — (Letenneur (de Nantes), Bull. Soc. de chirurg., 1861 et 1873.)

Homme, 47 ans. Tumeur au niveau d'une dent cassée auparavant. Incisions répétées. Sortie d'une matière comparable à du

fromage mou. Temps d'arrêt de cinq ans. Reproduction de la tumeur qui s'accroît rapidement. Ponction ; issue d'une grande quantité de liquide visqueux. Incisions, injections de teinture d'iode. Au bout de 4 ans, la tumeur avait le volume des deux poings ; bruit de parchemin.

Ablation de la tumeur. Kyste osseux avec hyperostose à sa base, formé d'une douzaine de loges. Contenu de nature différente: liquide ressemblant à de la salive, ou jaunâtre et visqueux ; matière plus épaisse et blanchâtre. Cloisons osseuses et éburnées.

Guérison.

Douze ans après, récidive. Ablation de la partie antérieure du kyste. Guérison.

Trois ans après, récidive. Fistules. Résection du maxillaire.

Examen de la pièce. — Os creusé dans toutes ses parties. C'est dans la branche du maxillaire et dans la bandelette osseuse conservée dans la première opération, que la maladie s'est reproduite.

Observation XXXIV.

Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur gauche. — (Musée Dupuytren, n° 326 b. M. Ad. Richard, 1861.)

Le maxillaire inférieur, dans sa moitié latérale gauche, a acquis un volume considérable; il forme une tumeur arrondie du volume d'une tête d'enfant ; on reconnaît sur un des points, la coupe normale du maxillaire, qui a été divisé près de la ligne médiane; car à ce niveau, on y distingue encore l'implantation des incisives et plus loin celle des premières molaires.

La tumeur divisée en deux, présente un très grand nombre de kystes dont quelques-uns pourraient contenir une orange, d'autres une noix. Mais tous ces kystes paraissent isolés les uns des autres. Leurs cloisons sont complètes et formées, dans certains points, de minces lamelles de tissu osseux et de tissu fibreux qui tapissent leurs cavités. Ces kystes, dont le nombre est incalculable, renfermaient une matière liquide gélatiniforme. La périphérie de la tumeur est constituée par des lamelles de tissu osseux, reliées entre elles par un tissu fibreux lamellaire.

Observation XXXV.

Kyste multiloculaire congénital de la mâchoire inférieure. — (Coot, Lancet, 1861, 31 août, t. I, p. 207. Dict. encyclop., Maxillaires.)

Enfant de 6 ans, maladie congénitale. On trouve dans la mâchoire inférieure un véritable nid de kystes contenus les uns dans le autres.

Observation XXXVI.

Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. — (Dr Mourlon, Bulletin de la Société de chirurgie, 1873, p. 553.)

Homme, 37 ans. Compression de la face entre un genou et le sol en 1848, suivie d'une inflammation des gencives. En 1852, forte contusion de la portion horizontale gauche de la mâchoire inférieure. Petite tumeur stationnaire jusqu'en 1860, au niveau de la deuxième grosse molaire. Augmentation subite avec battements douloureux. Incision et sortie d'une matière blanche, demi-solide. Après plusieurs opérations de ce genre, il reste des fistules intarissables. Respiration, phonation, déglutition très gênées. Ablation de la tumeur. Mort.

Examen de la pièce. — Poids 1 kg.220. Tumeur composée d'un grand nombre de kystes de dimensions variables, communiquant plus ou moins entre eux; cloisons osseuses et membraneuses tapissées d'un feuillet blanc, poli, d'aspect séreux. Contenu caséeux.

Observation XXXVII.

Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. — (Desgrange, in Reynaud, thèse de Paris 1873. Kystes du maxillaire inférieur.)

Femme, 50 ans. Tumeur au niveau de l'angle de la mâchoire, à droite. Son origine remonte à deux ans. Pas de traumatisme comme cause connue. Tumeur grosse comme une noix, ayant envahi la branche de l'os. Surface bosselée, dure.

Opération. Ablation à travers les téguments. Guérison.

Examen de la pièce. — Ce qu'il y a de remarquable, c'est que toute l'épaisseur du maxillaire est envahie par une série de kystes contenant un liquide visqueux, translucide ou chocolat, lequel contient des cristaux de cholestérine, des granulations graisseuses, quelques globules de sang plus ou moins altérés. Il y en a une dizaine. Le kyste le plus volumineux est situé en avant et contient un liquide hématique ; il communique avec la cavité buccale par un trajet anfractueux.

Observation XXXVIII.

Kyste osseux multiloculaire du maxillaire inférieur avec hyperostose. — (Desgranges, in Reynaud, thèse de Paris 1873).

Homme, 42 ans. Depuis deux ans et demi, sans cause connue, tumeur ayant actuellement environ 13 centimètres sur 9. Surface externe inégale, bosselée, de consistance différente. Fluctuation évidente par places. Pas de douleur. On a déjà fait deux ponctions qui ont donné un liquide sirupeux, verdâtre, et coloré par du sang.

Incision à travers la peau. Suppuration. Trajet fistuleux.

Cinq ans plus tard, le trajet fistuleux existe encore. Tumeur d'environ 3 centimètres, très consistante. Pas de fluctuation.

Incision à travers la peau. Ablation de la face antérieure de la tumeur ; profondément le tissu osseux est très dense. Guérison.

Anatomie pathologique. — Il y a plusieurs kystes remplis d'une substance d'un rouge vineux ; leur tissu est friable ; ils sont développés dans l'épaisseur de la table externe du maxillaire. En certains endroits, les cloisons sont éburnées. Il n'y a pas entre l'os et le tissu mou, formant la périphérie de la tumeur, de membrane propre.

Est-ce bien là un kyste osseux multiloculaire ? N'est-ce pas plutôt un kyste uniloculaire primitif entouré d'une zone d'ostéite raréfiante près du trajet fistuleux et hypertrophiante plus profondément ?

Observation XXXIX.

Kystes multiloculaires du fémur gauche. — (Musée Dupuytren, n° 468, et Professeur Nélaton, Eléments de pathologie chirurgicale, 1re édition, t. II, p. 40.)

Cette tumeur kystique du corps du fémur est des plus intéressantes en même temps qu'elle est très rare, elle a un volume considérable. Cette tumeur est oblongue, s'étend depuis la base du grand trochanter jusqu'à 2 centimètres au-dessus des condyles fémoraux. Une coupe verticale a été pratiquée sur cet os, et on constate que dans toute cette étendue, la masse morbide est formée de l'agglomération d'une multitude de kystes, de dimensions variables, dont la plupart pourraient contenir une noix. Un grand nombre de cloisons sont incomplètes, ce qui fait qu'un certain nombre de kystes communiquent entre eux. L'intérieur de ces kystes était tapissé par une membrane lisse polie ; ils contenaient de la sérosité sanguinolente.

Obsevation XL.

Kystes multiples. — (Lebert, Traité d'anatomie pathologique, 1861, t. II, p. 527. Cas observé par Froriep).

Les kystes étaient répandus sur tous les os du squelette, et existaient de grandeur bien différente; les plus petits avaient à peine la grosseur d'une tête d'épingle; plusieurs, en se réunissant, formaient des kystes multiloculaires et occupaient presque toute l'épaisseur de l'os. Leur contenu était transparent, séreux.

Il ajoute que dans un certain nombre de kystes, il y avait des végétations qui les remplissaient presque entièrement.

Kystes hydatiques.

Observation XLI.

Kyste hydatique du frontal.— (Robert Keate, Med. chir. Transact., 1819, t. X, part. 2.)

Jeune fille, 17 ans. Tumeur à la partie inférieure du frontal, au-dessus du rebord orbitaire. Date du début, 6 ans. Développement

lent sans douleurs, puis vertiges, bourdonnements d'oreilles, obscurcissement de la vue.

Ablation de la moitié antérieure de la tumeur d'où s'écoule un liquide incolore provenant d'une cavité tapissée par une membrane fine et transparente. La faiblesse de la malade empêcha d'achever l'opération. Application de caustiques. Au bout d'un an, sortie d'une hydatide, puis de vingt-sept autres en six mois. Ablation de la calotte osseuse creusée de nombreuses cavités contenant des hydatides. Cautérisation au sulfate de cuivre. Guérison.

Observation XLII.

Kyste hydatique du corps du sphénoïde. — (Guesnard, Journ. hebd. des progrès des sc. méd., 1836, t. I, p. 271.)

Garçon, 7 ans. Sans cause connue, chute de la paupière supérieure sur le globe oculaire. Treize jours après, céphalalgie, frissons, vomissements, puis assoupissement, amaurose double et légère hémiplégie. Au bout de quelques jours il n'y a plus que de l'amaurose. Scarlatine bénigne, puis variole, à marche irrégulière. Mort.

Autopsie. — A l'intérieur du crâne, du côté droit, était un kyste placé entre la dure-mère et les parois latérales du crâne; ce kyste s'étendait jusqu'à la base du cerveau ; il se prolongeait dans la cavité orbitaire par la fente sphénoïdale; en dedans il soulevait l'extrémité antérieure de la tente du cervelet, pour pénétrer dans un enfoncement creusé au-dessus de la fosse pituitaire, dans le corps même du sphénoïde. Une autre poche placée dans le foyer pituitaire était comprise entre la portion osseuse du corps sphénoïdal et la dure-mère. Il y en avait d'autres, placées dans de petites excavations osseuses qu'offrait le corps du sphénoïde ; enfin il y avait encore une vingtaine de petites vésicules miliaires contenues dans les aréoles du tissu osseux.

Ces kystes contenaient un liquide transparent qui devint nébuleux au bout de quelques jours.

Observation XLIII.

Kyste hydatique de l'omoplate. — (Boncour, thèse de Paris, 1878.)

Femme, 24 ans. Chute avec un fardeau dans un escalier; contusion à la partie postérieure de l'épaule gauche et du bras. Bientôt, petite tumeur en arrière de l'épaule gauche immédiatement au-dessous et en dedans. Pas de douleur. Quelques mois après, seconde tumeur au-dessus de la première vers l'épine de l'omoplate; la première atteint la grosseur du poing, la seconde le volume d'un œuf de poule.

Ponction faite par M. Delens avec l'appareil Potain; issue d'un liquide blanc, laiteux. Deux jours après nouvelle ponction et incision réunissant les deux tumeurs. Liquide blanchâtre. Quelques jours après, au moment du lavage, issue de quatre vésicules hydatiques. Sortie de nombreux séquestres. Suppuration pendant cinq mois. Nouvelle incision plus profonde faite par M. Gillette et extraction de séquestres. Vives douleurs dans l'épaule et le bras. Résection de l'angle inférieur de l'omoplate, faite par M. Tillaux.

Le fragment nécrosé présente une exagération du tissu aréolaire surtout au niveau des bords, anfractuosités dans les quelles on trouve encore une vésicule hydatique.

En donnant cette observation, nous regrettons qu'il n'ait pas été fait mention des signes d'un kyste osseux parce qu'à la rigueur on pourrait supposer que les hydatides ont élu domicile dans un os nécrosé, sans pour cela s'être développées primitivement dans l'os même. Cependant nous avons cru devoir la donner, puisqu'elle était présentée comme un kyste hydatique développé dans l'omoplate.

Observation XLIV.

Kyste hydatique de l'os du bassin. — (Viertel, in Davaine, Traité des entozoaires, p. 587.)

Femme, 24 ans. Chute sur la hanche droite. Un an après, tumeur en dehors de l'épine du pubis, puis seconde tumeur près de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Flexion, abduction, rotation en dehors de la cuisse. Ponction donnant issue a des membranes hydatiques. Vastes incisions permettant d'évacuer un grand nombre d'hydatides. Mort.

A l'autopsie, on trouve deux poches communiquant ensemble à travers une perforation de l'os iliaque; l'une d'elles renferme beaucoup de débris osseux et de granulations calcaires. Le corps du pubis, tout l'ilium, la cavité cotyloïde sont détruits ou réduits à des trabécules osseux. La tête et le col du fémur sont également détruits.

Observation XLV.

Kyste hydatique de l'os du bassin.— (Fricke, in Dezeimeris, Journal l'Expérience, 1838, nº 34, p. 529.)

Homme, 60 ans. Chute sur le derrière à 40 ans. Depuis lors, douleurs dans la hanche. Tumeur à la fesse. Au niveau de l'articulation coxo-fémorale, grosse tumeur avec fluctuation, gênant la marche, spontanément douloureuse. Mort de fièvre hectique.

Examen de la pièce. — A la partie supérieure de la cuisse droite, tumeur volumineuse descendant depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'au second tiers de la cuisse. Nombreuses cavités autour de l'articulation. La cavité cotyloïde renferme une grande quantité de petites hydatides plongées dans un liquide jaunâtre. Au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, poche communiquant avec le bassin et la cavité cotyloïde; entre les deux épines iliaques, autre ouverture laissant échapper un grand nombre d'hydatides par une pression sur le bassin. Grande cavité formée dans le tissu spongieux entre les deux lames de

l'iliéon droit, du volume du poing, contenant un grand nombre d'hydatiques, comprenant, outre l'iléon, la plus grande partie de l'ischion et la branche horizontale du pubis. La voûte de la cavité cotyloïde était détruite et l'articulation communiquait avec la caverne par une grande ouverture; la tête du fémur était rugueuse et cariée.

Observation XLVI.

Kyste hydatique de l'os iliaque. — (Pihan, Bull. Soc. anat., 1860, 2e série, t. V, p. 363.)

Homme, 27 ans. Il y a deux ans, chute de cheval, contusion de la hanche droite. Cuisse dans la flexion et l'abduction. Fesse très tuméfiée, douloureuse, fluctuante. Incision donnant issue à deux litres de pus inodore. Dénudation d'une surface osseuse étendue. Mort.

Examen de la pièce.— Foyer rempli de pus, de fragments osseux et de poches hydatiques. Les deux tables de l'ilium, écartées de plus de 6 centimètres vers le milieu, amincies et divisées en lamelles, forment les parois de ce foyer. Cavité cotyloïde détruite; l'extrémité supérieure du fémur pénètre dans le bassin. Articulation sacro-coxale envahie; grande cavité osseuse aux dépens des deux dernières vertèbres lombaires et des deux premières sacrées.

Observation XLVII.

Kyste de la phalange du doigt indicateur. — (Dr Charvot, Montpellier médical, décembre 1858, p. 656, et Davaine, Traité des entozoaires.)

Homme, âgé de 81 ans, entré à l'hôpital de Nîmes le 16 juin 1856. Coup reçu à l'indicateur de la main gauche, il y a deux ans; quatre mois après, douleurs vives, gonflement, tumeur d'abord dure, puis ramollie et acquérant le volume d'un œuf de poule, douleurs intolérables; peau de couleur normale; pas de douleur à la pression, ni de frémissement à la palpation; état général satisfaisant; amputation du doigt, guérison vingt et un jours après.

Examen de la tumeur. — Kyste fibreux, lisse intérieurement et rappelant par son aspect une pseudo-séreuse; parties molles environnantes, contenant des aiguilles calcaires et des débris osseux. Liquide séreux avec des hydatides qui contiennent de petites granulations (probablement des échinocoques). Première phalange, en partie boursouflée, transformée en un tissu stalactiforme, hérissé de fines aiguilles ; extrémité inférieure détruite ; canal médullaire conservé dans la partie supérieure, mais élargi ; extrémité supérieure de la deuxième phalange légèrement érodée.

Observation XLVIII.

Kyste hydatique de l'humérus. — (Dupuytren. Journ. univ. et hebd. de méd. et de chirurg., 1832, t. IX, p. 446, et 1833, t. XII, p. 97.)

Homme, 23 ans. Fracture ancienne de l'humérus droit, à la suite d'un effort. Difformité, saillie, mobilité au point fracturé. Applications d'appareils pendant 11 mois, sans consolidation.

Résection des deux fragments. Sur l'extrémité libre du fragment inférieur, cavité contenant beaucoup d'adipocire et d'hydatides qui furent extraites ou sortirent en quelques jours. Suppuration très abondante. Mort six semaines après l'opération.

Toute la cavité de l'humérus était dilatée, remplie de pus, se prolongeant jusque dans la tête de l'humérus et jusqu'à l'extrémité inférieure de cet os.

Observation XLIX.

Kyste hydatique de l'humérus. — (Astley Cooper, Œuvres chirurgicales, trad. franç., 1835, p. 595. Davaine, Traité des entozoaires.)

Il existe dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas un humérus dont le tissu compacte a subi une expansion considérable. Le périoste y est épaissi, et, à la place du tissu spongieux, existent plusieurs kystes hydatiques qui ont déterminé le gonflement de l'os, aussi bien que l'accroissement de ses cavités intérieures.

Observation L.

Kyste hydatique du canal médullaire de l'humérus. — (Sevestre et Demarquay in Davaine. Traité des entozoaires, p. 577.)

M. T..., âgé de 53 ans. Il y a six ans, plaie du bras par arme à feu, guérison; quatre ans plus tard, douleurs vagues, sourdes et profondes dans ce bras; abcès, incision, cicatrisation lente. Quelques mois après, fracture probable de l'humérus, se produisant pendant l'action de bêcher. Des abcès se sont montrés successivement au bras et ont laissé des fistules par lesquelles plusieurs séquestres ont été éliminés.

Deux trajets fistuleux aboutissent à des séquestres invaginés et probablement adhérents en partie. Les deux trajets sont réunis ainsi que les cloaques auxquels ils aboutissent. Le canal médullaire est rempli d'une matière pulpeuse, grisâtre, composée de membranes d'hydatides avec des crochets disséminés. Le canal est élargi; ses parois sont amincies, et de plus, il est allongé à ses extrémités.

Après avoir ruginé les parois du canal médullaire, on bourrera leur cavité avec de la charpie imbibée d'une solution de permanganate de potasse. Deux mois après l'opération, le malade était en voie de guérison et les mouvements du bras étaient presque complètement rétablis.

Deux cas semblables avaient été observés antérieurement par M. Demarquay : le premier avait été pris pour un abcès froid, le second pour un lipome.

Observation LI.

Kyste hydatique de l'humérus. — (Dr Léon Labbé. Traité des entozoaires de Davaine.)

Homme, 30 ans. Date du début 10 ans, gêne dans les mouvements du bras droit. Au bout de 5 ans, fracture par effort musculaire, sans consolidation pendant 15 mois.

Résection des fragments. Issue de nombreuses hydatides. Trajets fistuleux consécutifs, au niveau du moignon de l'épaule, par où sortent de temps en temps des hydatides. Guérison lente.

Observation LII.

Kyste hydatique du fémur. — (Rame, Thèse de Montpellier, 1836. Escarraguel, thèse de Montpellier, 1838.)

Homme, 34 ans. Douleur dans la cuisse gauche. Fracture du fémur sans consolidation. Vaste abcès près du genou donnant issue à de nombreuses acéphalocystes. Fistule laissant échapper du pus et des hydatides. Phénomènes graves, marasme, mort.

Examen de la pièce. — Fémur normal jusqu'au niveau du petit trochanter, mais le tissu compacte a acquis une densité et une résistance considérables; dans la partie inférieure de l'os, le diamètre du canal médullaire est très augmenté, sans diminution des parois. Fracture au-dessus du tiers moyen de l'os. La cavité médullaire se continue dans l'épaisseur des condyles qui sont très ramollis; derrière et entre ceux-ci existe une ouverture faisant communiquer l'articulation avec la cavité osseuse et avec la fistule.

Observation LIII.

Kyste hydatique du fémur. — (Roussin, Bulletin de la Soc. anat., 1851, ann. XXVI, p. 134.)

M. Roussin montre un fémur d'un volume ordinaire, offrant une cavité médullaire considérable; les cellules osseuses sont détruites et l'on trouve seulement une large cavité s'étendant en bas jusqu'à l'épiphyse. Amputation. La cavité morbide se prolongeait encore dans la portion de la diaphyse située au-dessus de la section. Les hydatides, pourvues d'une double poche-mère, remplissaient toute la cavité; vers la partie moyenne de l'os, les parois étaient tellement minces que le fémur se fractura pendant l'opération.

Observation LIV.

Kyste hydatique du tibia. — (Cullérier, Journ. de méd. chir. et pharm. de Corvisart, t. XII, p. 125.)

Homme, 23 ans. Tumeur à la partie antérieure et au tiers supérieur de la jambe. Date du début : 2 ans, à la suite d'une chute sur le tibia. Ouverture avec la potasse caustique. Sortie d'une matière épaisse, gluante, de couleur de lie de vin. Application du fer rouge. Le lendemain, ouverture d'une cavité contenant des hydatides. Cicatrisation très lente.

Observation LV.

Kyste hydatique du tibia. — (Astley Cooper, Surgical Essays London, 1818, part. 1, p. 163. — Davaine, Traité des entozoaires.)

Homme, entre à l'hôpital de Guy, pour une tumeur volumineuse de la partie supérieure du tibia ; emplâtre agglutinatifs, diminution de la tumeur ; sortie du malade. Rentrée quelques semaines après. Incision de la tumeur; issue de plusieurs hydatides. Phénomènes graves. Amputation. Cavité dans le tibia contenant des hydatides ; fracture consolidée mais d'une manière incomplète.

Observation LVI.

Kyste hydatique du tibia. — (F.-W. Webster. (New.-England journ. of medicin and surgery and collateral branches of science, t. VIII, 1819, et Journal l'Espérance, t. I, p. 532, 1838.)

Un jeune matelot se fractura le tibia immédiatement au-dessous de la rotule, et se fit une contusion, quelques semaines après, sur la partie fracturée. Il s'y développa presque aussitôt une tumeur qui fit des progrès tels qu'elle envahit le tiers du tibia. Elle était luisante, dure et inégale, souple en certains endroits, et non douloureuse ; par l'emploi des évacuants, elle s'amollit et diminua de volume. Au bout de trois mois il y eut une fluctuation sensible, et l'on y plongea un bistouri. Il en sortit de la sanie et une grande quantité d'hydatides. L'état général du malade empira à tel point,

qu'au bout de quatorze jours on fut obligé de pratiquer l'amputation au-dessous du genou, opération à laquelle il ne survécut que quelques jours.

A l'autopsie de la tumeur, une incision longitudinale fit découvrir une cavité dans le tibia, ayant 1 pouce de large et 2 pouces de long, et remplie d'hydatides et de sanie ; la tête du tibia ainsi que la partie de l'os qui formait les parois de la tumeur étaient raréfiées ; la fracture n'était pas encore guérie.

Observation LVII.

Kyste hydatique du tibia. — (Wickham, London med. and phys. journ., 1827, p. 530.)

Femme. Fracture de la jambe gauche par effort musculaire. Six ans avant, coup de faux, depuis, tumeur à marche lente ayant acquis le volume d'un œuf de poule. Appareil de fracture pendant trois mois : pas de consolidation.

Incision sur la face antérieure du tibia. Issue d'hydatides. Résection des fragments. Guérison.

Observation LVIII.

Kyste hydatique du tibia. — (W. Coulson, in Davaine, Traité des entozoaires, p. 581.

Femme, 25 ans. Coup à la partie antérieure du tibia. Tumeur atteignant en quatre ans le volume d'un œuf de poule. A cette époque douleurs vives. Ouverture spontanée avec issue d'acéphalocystes.

Opération. Incision cruciale et dissection des lambeaux ; ablation avec la scie et la gouge d'une lame mince formant la partie antérieure de la tumeur. Cavité s'étendant depuis un demi-pouce au-dessous de l'articulation du genou et ayant trois pouces de profondeur, revêtue d'une membrane mince et luisante contenant beaucoup d'hydatides. Suppuration. Extraction d'un séquestre couvert de petites hydatides grosses comme des têtes d'épingles. Guérison.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Kystes non parasitaires.

RUNGE. — Dissert. de morbis præcipuis sinuum. Haller. Disput. chirurg., t. 1, p. 216.
JOURDAIN. — Traité des maladies de la bouche, 1778.
BORDENAVE. — Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. V, p. 341.
DELPECH. — Chirurgie clinique de Montpellier (1816), t. II, p. 79.
BRESCHET. — Répertoire d'anat., de physiol. et de clinique chirurg., Paris 1826, t. II, p. 253.
GERDY. — Mémoire sur l'état anatomique des os malades. Arch. gén. de méd., 1836, t. X, p. 129.
— Chirurgie pratique, 1855, t. III, p. 80.
DUPUYTREN. — Leçons orales de cliniques chirurg., 1836, t. III.
CESAR HAWKINS. — London médical Gaz., 1838.
DIDAY. — Thèse de concours 1839 : Maladies des os de la face, p. 32.
VELPEAU. — Méd. op. 2e éd., 1839, t. III.
Dr LABORIE. — Gazette des hôpitaux, 1840, p. 223.
FORGET. — Thèse inaugurale, 1840.
— Mémoires de la Soc. de chirurg., 1852-1853, t. III, p. 229.
— Bull. de la Soc. de chirurg., 1878.
BRODIE. — Illustrative lectures, 1846. 21e lecture.
GUIBOUT. — Union médicale, 1847, p. 458.
GIRALDÈS. — Bull. Soc. de chirurg., 1852.
MICHAUX. — Bull. de l'Académie de méd. de Belgique, 1852, obs. XXV.
DUGENET. — Thèse de Paris, 1852, no 157.
CHASSAIGNAC. — Moniteur des hôpitaux, 1853, p. 1086.

DEMARQUAY. — Thèse de concours, 1853.
— Traité des tumeurs de l'orbite, Paris, 1860.
PAGET. — Medical Times, 1854.
BOGROS. — Thèse de Paris, 1854, nº 49.
GOSSELIN. — Gazette des hôpitaux, 1855, p. 529.
— Bulletin de la Soc. de chirurg., 1860, p. 185.
— Mémoire sur les faux abcès des os longs, Bull. de l'Acad. de méd., 1875.
— Clinique chirurgicale, 1879, t III, p. 268.
CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique, 1856.
NÉLATON. — Pathologie chirurgicale.
— Bull. de la Soc. anat., 1856, 2e série, t. 1.
— Journal des praticiens, 1860.
DUCHAUSSOY. — Thèse d'agrégation, 1857 : Kystes des mâchoires.
MAYOR. — Gaz. des hôpitaux, 1857.
VIDAL (de Cassis). — Traité de pathologie externe, 1861, t. II, p. 270.
LETENNEUR. — Société de chirurg., 1861.
LEBERT. — Traité d'anat. pathol., 1861, t. II, p. 527.
Compendium de chirurgie, 1863, t. II, p. 325, t. III, p. 561.
Ed. CRUVEILHIER. — Thèse de Paris, 1865, nº 51 : Abcès douloureux des épiphyses.
GLEINEREAU. — Thèse de Paris, 1865 : Kystes des os maxillaires.
ELEYS. — Thèse de Paris, 1865, nº 173.
SCHWARTZ. — Dict. Jaccoud, article Os, p. 395.
BROCA. — Traité des tumeurs, 1869, t. II.
VIRCHOW. — Pathol. des tumeurs, trad. franç., 1869, t. II, p. 2.
OLIVIER. — Thèse de Paris, 1869, p. 11.
MAGITOT. — Essai sur la pathogénie des kystes et abcès des mâchoires. Gaz. des hôpitaux, 1869, p. 245.
— Bulletin de la Société de chirurgie, 1878, p. 419 et 437.
BARBAT. — Thèse de Paris, 1872 : Pathogénie de certains kystes des mâchoires.
REYNAUD. — Thèse de Paris, 1873 : Kystes du maxillaire inférieur.
MOURLON. — Contribution à l étude des kystes osseux. Bull. de la Soc. de chirurg., 1873, p. 552.
VERNEUIL. — Gaz. hebd. de méd. et de chirurg., 1873, nos 37 et 38.
— Bull. de la Soc. de chirurg., 1872, p. 512.
DUPLAY. — Bull. de la Soc. de chirurg., 3 févr. 1875 : Abcès douloureux épiphysaire du tibia.
GALEZOWSKI. — Maladies des yeux, 1877, p. 889.
GUYON. — Dict. encyclop. des sciences méd. et chirurg., art. Maxillaires, 2e série, t. V, p. 414.
GOUREAU. — Thèse de Paris, 1880 : Ostéite cavitaire.

Kystes hydatiques.

Cullérier. — Journal de Corvisart, Boyer, Leroux, t. XII, p. 125.
Astley Cooper. — Mémoires sur les exostoses. — Œuvres chirurg., trad. franç., 1835, p. 595.
— Surgical Essays, London, 1818, part. I, p. 163.
Webster. — Journal l'Expérience 1838, t. I, p. 532.
Keate. — Med. chir. transact., 1819, t. X, part. 2.
Wickham. — Journal l'Expérience, 1838, t. I, nº 34, p. 532.
Dupuytren. — Journal univ. et hebd. de méd. et de chirurg., 1832, t. IX, p. 446.
Rame. — Thèse de Montpellier, 1836.
Guesnard. — Journal hebd. des progrès des sc. méd., 1836, t. I, p. 271.
Dezeimeris. — Journal l'Expérience, 1838, nº 34, t. I, p. 533.
Escaraguel. — Thèse de Montpellier, 1838, nº 51.
Roussin. — Bullet. de la Soc. anat. 1851, ann. XXVI, p. 134.
Dr Charvot. — Montpellier médical, 1858, p. 656.
Pihan. — Bullet. de la Soc. anat., 1860, 2e série, t. V, p. 363.
Davaine. — Traité des entozoaires, Paris, 1877, p. 575 et suivantes.
Boncour. — Thèse de Paris, 1878 : Kystes hydatiques des membres.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Physique. — Des piles employés en médecine.

Chimie. — Du chlore et de ses principaux composés.

Histoire naturelle. — Des vers intestinaux.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur.

Pathologie externe. — Des accès du cou et de leur traitement.

Thérapeutique et matière médicale. — De la médication antiphlogistique.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont la cantharide pour base.

Médecine légale. — De l'avortement.

Hygiène. — De l'encombrement.

Accouchements. — Du forceps.

Pathologie générale. — De la convalescence.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Médecine opératoire. — De la valeur des différents procédés d'amputation de la jambe.

---

résident de la thèse,
LAUX.

Vu, bon et permis d'imprimer.
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.